

Année 1951

558
No

THÈSE
pour le
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'Etat)
par
Michel DUGAST
né le 9 Juin 1919
à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le

1951

CONCORDANCES
de la
PROSOPOLOGIE
et
MYOPSYCHOTHÉRAPIE
faciale

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREAU



G. DOIN & Co
Editeurs
8, PLACE DE L'ODÉON
PARIS (VI*)
1952

Année 1951

N°

THÈSE

pour le

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Michel DUGAST

né le 9 Juin 1919

à Nantes

Présentée et soutenue publiquement le

1951

CONCORDANCES

de la

PROSOPOLOGIE

et

MYOPSYCHOTHÉRAPIE

faciale

Président : MONSIEUR LE PROFESSEUR MOREAU

G. DOIN & C^{ie}

Editeurs

8, PLACE DE L'ODÉON
PARIS (VI^e)

1952

A MON PERE

et

A MA MERE

Témoignage de ma reconnaissance
et de ma profonde affection filiale.

A MON ONCLE

le Docteur PAUL LANDAIS

Chevalier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1914-1918

Professeur de Stomatologie

à l'Ecole de Médecine de Nantes

en respectueuse affection.

A MON ONCLE

le Docteur HONORÉ JOSSE

Médecin - Colonel

Officier de la Légion d'Honneur

Croix de Guerre 1914-1918

Expression d'un fidèle hommage au brillant continuateur
d'une tradition familiale qui ne sera pas oubliée.

Au Docteur LOUIS CORMAN
Directeur du Centre médico-pédagogique
de NANTES

en témoignage des premiers pas
qu'il nous permet de faire
dans cette science magnifique.

Au Docteur ROGER ERMIANE
en témoignage d'une profonde reconnaissance
et de son dévouement pour ce travail
dont il a bien voulu nous fournir
les éléments principaux, et en témoignage
d'admiration pour ses qualités rigoureuses,
ses recherches passionnées et fructueuses
de la vérité scientifique.

Au Docteur MICHEL HUGÉ
en témoignage de son aide précieuse
dans nos premiers essais,
et de ses premières leçons
dont nous gardons un souvenir ému.

A MON MAITRE
Monsieur le Professeur MAURICE LOEPER
Commandeur de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
pour le remercier
de son enseignement quotidiennement affable,
en témoignage de gratitude.

A Monsieur le Docteur ANDRÉ BERGERET
Commandeur de la Légion d'Honneur
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Antoine
et Chirurgien de l'Hôpital Américain
Maître de la meilleure école
qui a su nous donner des principes jamais oubliés
en témoignage de gratitude
et d'admiration profonde.

A Monsieur le Docteur GEORGES HUC
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médecin-Chef du Service d'Orthopédie
de l'Hôpital Saint-Joseph
qui nous a toujours aidé de ses conseils affectueux,
en témoignage de fidèle attachement.

A Monsieur le Docteur PIERRE - EMILE ROBERT
Médecin-Chef du Service de Gastro-entérologie
de l'Hôpital Saint-Joseph
qui s'est particulièrement intéressé
à nos travaux,
en témoignage de remerciements.

A MON MAITRE
Monsieur le Professeur P. JOANNON
Professeur d'Hygiène
à la Faculté de Médecine de Paris
qui nous a toujours témoigné
la plus grande bienveillance pour nos travaux,
en témoignage de gratitude pour son affectueux soutien.

Meis et Amicis.

A MES CAMARADES
de l'Ecole d'Artillerie de Fontainebleau.

A tous ces visages oubliés ou non,
dont les réactions et les réflexions
ont permis la lente élaboration de nos travaux.

A MES MAITRES
MM. les Professeurs
de l'Ecole de Médecine
de Nantes.

A MES MAITRES
MM. les Professeurs
de la Faculté de Médecine
de Paris.

A MM. les DOCTEURS
de l'Hôpital Saint-Joseph.

A Monsieur le Professeur RENÉ MOREAU
Chevalier de la Légion d'Honneur
Croix de Guerre 1914-1918
Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
en témoignage de l'honneur qu'il nous fait
en présidant cette thèse.

A MM. LES PROFESSEURS
de la Faculté de Médecine de Paris
Membres du Jury de Thèse.

DOYENS HONORAIRES :
MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. BALTHAZARD, BAUDOUIN, BRINDEAU, E. BRUMPT,
CARNOT, CHEVASSU, CHIRAY, OLERC, DELBET,
GUILLAIN, HARTMANN, LAIGNEL - LAVASTINE,
LAUBRY, LEMIERRE, LHERMITE, LOEPER, MARION,
MATHIEU, MULON, OMBREDENNE, ROUVIERE,
SANNIE, SEBILEAU, SEZARY, TANON.

DOYEN	Léon BINET, Membre de l'Institut
ASSESEUR	Jean VERNE.

I. — PROFESSEURS :

	MM.
Anatomie	Olivier (E)
Anatomie pathologique.....	Leroux (R)
Bactériologie	Gastinel (P)
Biologie Médicale	Verne (J)
Cancérologie médicale et sociale.....	Huguenin (R)
Carcinologie	Oberling (C)
Chimie Médicale.....	Polonovski (M)
Hôtel-Dieu	Brocq (P)
Saint-Antoine	Cadenat (F)
Cliniques Chirurgicales. Salpêtrière..	Mondor (H)
Cochin	Quénu (J)
Clinique Chirurgicale réparatrice et orthopédique	Merle d'Aubigné (R)
Clinique de cardiologie.....	Donzelot (E)
Clinique de Chirurgie infantile et d'orthopédie	Fèvre (M)
Clinique de la tuberculose.....	Bernard (E)
Clinique de neuro-chirurgie.....	Petit-Dutaillis (D)
Clinique de puériculture.....	Lelong (M)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	Gougerot (H)
Clinique des maladies du sang.....	Chevallier (P)
Clinique des maladies du système nerveux	Alajouanine (T)

Clinique des maladies des enfants....	Debré (R)
Clinique des maladies infectieuses...	Mollaret (F)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	Delay (J)
Clinique gynécologique	Mocquot (P)
Hôtel - Dieu	Bénard (H)
Bichat	Laroche (G)
Cochin	Harvier (P)
Pitié	Lian (C)
Clinique médicale d'hydro-climatologie thérapeutique	Justin-Besançon (L)
Clinique médicale propédeutique....	Pasteur - Valéry - Radot)
Tarnier	Lantuejoul (P)
Cliniques obstétricales. Baudelocque..	Levy-Solal (E)
Port-Royal	Portes (L)
Clinique oto-rhino-laryngologique....	Lemaitre (F)
Clinique physio-pathologique des pro- blèmes alimentaires (chaire à titre personnel)	Richet (C)
Clinique psychiatrique infantile.....	Houyer (C)
Clinique rhumatologique.....	Coste (F)
Clinique stomatologique	Dechaume (M)
Clinique thérapeutique chirurgicale..	Sénèque (J)
Clinique thérapeutique médicale....	Chabrol (E)
Clinique urologique	Fey (B)
Embryologie	Giroud (A)
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie	Bariéty (M)
Histologie	Champy (C)
Hygiène et Clinique de la première enfance	Cathala (J)
Hygiène et médecine préventive.....	Joannon (C)
Médecine du travail.....	Desoille (H)
Médecine légale.....	Piédelièvre (R)
Parasitologie et histoire naturelle médicale	Gaillard (H)
Pathologie chirurgicale.....	de Gaudart d'Allaines
Pathologie exotique	Lavier (G)
Pathologie expérimentale et comparée	Lemaire (A)

	Milliez (P)
	Perrault (M)
Pathologie Médicale.....	Rambert (P)
	Thieffry (St)
	Turiaf (J)
	Laplane (R)
Pédiatrie	Marie (J)
	Lévy (M ^{lle} J) Pr. s. ch.
Pharmacologie	Cheymol (J-H)
	Bargeton (D)
Physiologie	Parrot (J-L)
	Dognon (A) Pr. s. ch.
Physique médicale.....	Djourno (A)
	Gougerot (L)
Psychiatrie	Baruk (H)
Psychiatrie infantile.....	Michaux (L)
Stomatologie	Chaput (M ^{me} A)
Thérapeutique	Broust, chargé de l'enseignement.
Urologie	Kuss (R)

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES
RAPPELES à L'EXERCICE
pour le Service des Examens :

MM. Basset (A)	(Pathologie Chirurgicale)
Brindeau (A)	(Obstétrique)
Gatelier (J)	(Clinique Chirurgicale)
Le Lorier (V)	(Obstétrique)
Vaudescal (R)	(Obstétrique)

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES
CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE
à titre permanent :

	MM.
	Ameline (A)
	Funck-Brentano (P)
Clinique chirurgicale.....	Ménégaux (G)
	Patel (J)
	Sicard (A)

	Boulin (R)
	Brouet (G)
	Cachera (R)
Clinique médicale.....	Delarue (A)
	Carcin (J)
	Hguenau (M)
	Lenègre (J)
	Marchal (G)
Clinique médicale.....	Mouquin (M)
	Soulié (E)
	Digonnnet (L)
	Ecalle (E)
Clinique obstétricale.....	Lacomme (M)
	Sureau (M)
Clinique ophtalmologique.....	Renard (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique....	Aubin (A)
Clinique Urologique.....	Couvelaire (R)
Secrétaire de la Faculté.....	Morel (J)
Secrétaire-adjoint	Chaintreuil (G M ^{11e})
Bibliothécaire en Chef.....	Docteur Hahn (A)
	M ^{11es} Dumaitre (P)
Bibliothécaires	Golchon (A-M)
	Laurent (H)
	Le Noir (G)

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elles n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

*« Si j'avais la moitié du savoir-faire de
beaucoup de gens, cet ouvrage me
vaudrait quelque grâce ou faveur ».*

LAENNEC, en tête de son « *Traité
de l'Auscultation* » 1819.

AVERTISSEMENT

Par ce travail, nous nous proposons de faire une œuvre de synthèse et de dégager l'idée maîtresse du point où en est actuellement arrivée la « science des formes » par rapport à la médecine et à la psychologie quelque soit le nom dont on veut la couvrir : morphologie, morpho-psychologie, morpho - physiologie, somatotypie, physiognomonie, ou même typologie, ou biotypologie.

Nous avons dû cependant nous limiter, et n'aborder qu'une partie des problèmes soulevés, que nous envisageons, par la suite, de traiter plus longuement et plus complètement.

INTRODUCTION

On appelle prosopologie (PROSOPON, visage), l'étude du visage, dans son anatomie, dans sa structure, dans sa signification et dans sa valeur propre telle que les faits semblent l'avoir démontrée, certains que nous sommes, depuis les travaux anciens, qu'il y a une traduction possible et rigoureuse de la forme du visage au psychisme de son porteur, de l'expression au caractère. C'est volontairement que nous avons banni de notre travail tous chiffres, toutes mensurations, tous calculs peut-être à première vue agréables à l'esprit, mais en réalité toujours faux quant à leurs résultats derniers, parce que, selon le mot de Claude Bernard, « la statistique ne peut servir qu'à diriger l'observateur vers la recherche de telle cause indéterminée, mais elle ne peut JAMAIS conduire à aucune loi réelle ». Et Claude Bernard ajoutait : « J'insiste sur ce point parce que beaucoup de médecins ont grande confiance dans la statistique et ils croient que, lorsqu'elle est établie sur des faits bien observés qu'ils considèrent comme comparables entre eux, elle peut conduire à la connaissance de la loi des phénomènes ».

C'est dans un esprit de pure clinique que nous avons cherché à quitter le plan trop habituel du « maquignonage » en revenant à un plan anatomique plus scientifique, base d'un esprit clinique plus réel et d'une observation rigoureuse où devient de plus en plus inutile l'intuition.

HISTORIQUE

*Les mouvements de notre
visage témoignent nos pensées.*

MONTAIGNE

Il y a longtemps que l'on a pris le visage pour le miroir de notre mécanique psychologique. Sur ce genre d'observation, de pur esprit clinicien, les Anciens en savaient beaucoup plus que nous, en particulier les Egyptiens qui le transmirent aux Grecs. Mais il ne nous en est parvenu que bien peu. Gallien et Hippocrate nous, donnent encore quelques principes que Duchenne de Boulogne et Dumas ont essayé de vérifier scientifiquement.

Lavater et Ledos feront des essais méritoires, mais il faudra attendre notre siècle, pour voir se décaper ces éléments en principes, voir des idées nouvelles surgir, et bientôt être noyés dans des classifications nombreuses — chacun voulant la sienne — de l'Amérique à la Russie, de l'Angleterre à l'Italie.

Aux Journées d'Etudes de Biotypologie, en 1948, à l'Hôtel-Dieu de Paris, nous avons tenté une synthèse pour montrer l'état de la question à l'époque (1). Depuis ce temps, les recherches se sont poursuivies et c'est une nouvelle synthèse que nous présentons aujourd'hui, mais nous tenons cette fois à en dégager une conséquence pratique, qui est le but même vers lequel toute étude doit tendre si elle ne veut pas rester stérile.

(1) M. DUGAST-ROUILLE : « Tendances actuelles de la typologie dans le Monde » - *Cahiers d'homéopathie et de thérapeutique* - Année 1948, Fascicule IV - Vigot, éditeur, Paris, et *Gazette Médicale de France*, 1^{er} Août 1948.

PLAN

Avant propos.	18
I. — Rappels anatomo-physiologiques.	21
II. — De la morphologie analytique à la morphologie synthétique : le système Corman.	56
III. — De la morphologie statique à la morphologie dynamique : le système Ermiane.	62
IV. — Equivalence des deux systèmes : la synthèse.	66
V. — Les Conséquences :	
au point de vue étude caractérielle,	
au point de vue diagnostic,	
au point de vue thérapeutique.	80
VI. — La Myopsychothérapie faciale	91
ses grandes lois,	
ses indications majeures : psychasthénies et névroses,	
les limites de la méthode : le refus du remède,	
l'âge,	
l'erreur de base,	
l'organicité : impos-	
sibilité physique.	
(moyens pour y remédier).	
<i>Conclusion :</i>	97
Nouvelle voie thérapeutique,	
Source de rééquilibre,	
Hygiène mentale.	

AVANT-PROPOS

Depuis longtemps, les hommes ont cherché à connaître le mécanisme de nos phénomènes psychologiques. Et le plus loin que l'on puisse remonter dans la science médicale, on retrouve des études faites sur les concordances du visage et du psychisme qui, à n'en pas douter ont une base réelle malgré les erreurs, les fausses théories qui se sont fait jour au cours des temps, telle la phrénologie de Gall.

Depuis quelques années, les savants qui se sont astreints à l'exploration de ces domaines, se sont divisés en deux grandes catégories :

- les « métriques »
- et les « anti-métriques ».

Dans la première catégorie, sont tous les anthropologues, les pseudo-anthropologues, les biomètres et également les « testeurs ».

Aux seconds, on a reproché de ne procéder que par intuition, allant de bond en bond, de la théorie en chambre au maquignonnage.

Certains d'entre eux, cependant, ont cru bon de « mesurer » quelque chose. L'un d'entre eux, Sheldon, a eu l'intelligence de demander aux mathématiques, aux statistiques ce qu'elles sont capables de donner, à savoir seulement une vérification ; et cela est si vrai que quand Sheldon a voulu découvrir par les chiffres son quatrième type — en le supposant a priori « sexuel » — il a échoué.

Il faut cependant reconnaître que les « anti-métriques », malgré leurs tâtonnements, se plaçaient dans un esprit de pure clinique médicale, d'observation et de déduction et qu'ils étaient beaucoup moins sujets aux erreurs, aux fausses routes que les autres.

Par cet esprit clinique, ils se plaçaient dans la lignée des grands observateurs médicaux, des Laënnec, des Dieulafoy, des Trousseau, des Fiessinger (dont l'un d'eux : le Professeur N. Fiessinger, fut trop brièvement notre maître regretté).

C'est dans cet esprit de clinique médicale que nous nous plaçons, ayant cherché à relier l'anatomique et le physiologique au psychologique et au caractériel.

Car parmi nos prédécesseurs, certes méritants car ils ont contribué à débayer un terrain fort enfriché, chacun ne s'occupait guère que d'un ou deux plans, négligeant volontairement les autres :

Ermiane, ne s'occupe que des muscles,
Corman s'occupe du cadre (os et cartilages),
des vestibules (orifices sensoriels),
des tissus environnants (tissus conjonctifs),
mais paraît refuser de s'occuper de l'expression musculaire
(au point de vue anatomique), etc...

Il nous a semblé qu'il convenait, pour arriver à un meilleur résultat, de tenir compte des uns et des autres de ces éléments, et la suite de nos travaux montre que par des voies différentes et sous des vocables variés, les différents auteurs sont arrivés pratiquement aux mêmes résultats. Ainsi, il apparaît que *les descriptions cormaniennes sont à la base d'expressions musculaires*, bien qu'il n'en soit jamais explicitement question.

Pour le montrer, il nous semble indispensable de commencer par un court rappel anatomo-physiologique des muscles du visage.

Tous les muscles peauciers de la face en se contractant plus ou moins fortement, et dans des associations plus ou moins complètes, plus ou moins complexes, donnent ainsi

les différentes expressions que nous connaissons aux humains de l'Equateur aux Pôles.

C'est ainsi que l'on a remarqué que dans les autres races : Nègre, Papou Mélanésien, Australien, Polynésien, Chinois... on ne trouve pas les mêmes muscles semblablement développés que chez les Européens. On sait d'ailleurs, qu'il existe une psychologie nationale, tout comme une psychologie raciale. L'expérience prouve que ces phénomènes sont en correspondance, et cette démonstration en détail fera l'objet d'un autre travail.

Remarquons seulement pour le moment que les muscles dont nous venons de parler peuvent être l'objet :

- de contractions volontaires (mimique),
- de contractions involontaires (masque),
- de contractions permanentes (expression statique).

Cette dernière distinction, pour les peauciers du visage, muscles très sensibles à l'influx nerveux, est due à l'origine, à des contractions involontaires répétées, qui ont abouti à une sorte de « tétanisation » très légère, sans fibrillation.

Le cadre : les os et les cartilages, et aussi le tissu conjonctif, appartiennent en grande partie à la constitution héréditaire (nous disons « en partie » dans la mesure où déjà de bonne heure, les contractions musculaires précoces dont nous expliquons les causes, n'auront pas exercé une traction plus ou moins forte sur un tissu jeune, mou, et donc plastique).

Par contre, les muscles qui forment l'expression sont pour leur plus grande part œuvre de la constitution acquise, encore qu'il faille tenir compte que l'instinct d'imitation de l'enfant lui fait de bonne heure contracter des « habitudes musculaires » semblables à celles de ses parents et dont la signification peut faire partie sinon d'une hérédité ancienne, du moins d'une sorte d'hérédité « récente ».

CHAPITRE I

RAPPELS ANATOMO-PHYSIOLOGIQUES

Dans le massif facial, on a coutume de distinguer : la charpente, ou encore le cadre : os et cartilages, et les parties molles : qui se composent :

- du tissu conjonctif (ou cellulo-grasieux) immobile,
- du tissu musculaire, mobile.

Enfin, l'ensemble des uns et des autres arriveront à former : les orifices sensoriels, c'est-à-dire les vestibules qui peuvent être :

- ouverts, découverts,
- abrités ou fermés.

(le tout étant recouvert par les téguments et les poils).

Nous ne décrirons pas en leur détail les os que les traités d'anatomie expliquent suffisamment et qui constituent, par des différences de position, de volumes et de rapports, les grandes différences de la morphologie des types. Mais nous étudierons les muscles, un à un, rappelant pour chacun d'eux :

- 1) son Anatomie : ses insertions,
- 2) sa Physiologie : la direction de sa contraction,
- 3) ses effets et les conséquences morphologiques de sa contraction.

l'ensemble finissant par constituer ce qu'on appelle le visage, c'est-à-dire l'expression et le masque, réservant pour un tableau récapitulatif leur valeur expressive, c'est-à-dire leur traduction en langage psychologique.

La face est tapissée de petits muscles, au nombre d'une trentaine, de contraction très rapide, répondant aux excitations nerveuses les plus légères, souvent inconscientes.

Muscles du front et de la base du nez

LE FRONTAL. — Il y a en réalité un frontal droit et un frontal gauche (innervation par le facial droit à droite, et gauche à gauche).

Insertions : insertion supérieure fixe : bord antérieur de l'aponévrose épicroânienne.

insertion inférieure mobile : au bord inférieur de la peau des régions sourcilière et intersourcilière.

Contraction : de bas en haut.

Effets : élève le sourcil, en augmentant sa courbure, muscle apériteur de l'œil, car il donne l'impression d'ouvrir les yeux, élève et aplatit l'espace intersourcilier, produit quelques rides horizontales à la partie moyenne du front.

Conséquences morphologiques :

aplatit la zone intersourcilière,

remonte les sourcils,

dégage les yeux,

fait disparaître le creux qui est au-dessous des sourcils,

fait disparaître le bombement de l'arcade sourcilière

et surtout rend le front moins large (dans le sens de la hauteur).

FRONTAL EXTERNE. — Fibres les plus externes du Frontal.

Insertions : comme précédemment.

Contraction : en haut et en dehors.

Effets : déplace la queue du sourcil (partie externe) en haut et en dehors,

produit quelques rides à la partie externe du front (arc à concavité en bas et en dedans).

Conséquences morphologiques :

relève la queue des sourcils, aidant à donner à la ligne des sourcils une allure méphistophélique quand il y a la contraction forte du Sourcilier en même temps.

SOURCILIER.

Insertions : fixe interne : à l'extrémité interne de l'arcade sourcilière, un peu au-dessus de la suture fronto-nasale.

mobile externe : à la peau du tiers moyen du sourcil.

Contraction : en dedans, et un peu en bas.

Effets : fronce le sourcil,

défend l'œil contre la trop vive lumière (se contracte chez les myopes),

léger pli vertical dans la zone intersourcilière, abaisse légèrement la tête (partie interne) du sourcil, et tire en bas et en dedans le reste du sourcil en le rendant rectiligne.

Conséquences morphologiques :

Semble augmenter « l'indice de rétraction » de l'œil, c'est-à-dire le fait voir plus enfoncé dans l'orbite, parce que le sourcil surplombe.

Il diminue l'espace de la zone intersourcilière. Redresse les poils des sourcils et rapproche ceux-ci l'un vers l'autre.

Rend le front plus haut en augmentant sa dimension verticale (antagoniste apparent du Frontal).

Enfin, amincit la racine du nez (froncement du sourcil).

SOURCILIER VERTICAL. — Petit muscle vertical situé derrière l'espace intersourcilier.

Insertions : fixe : en bas à la suture des os propres du nez avec l'os frontal.

mobile : en haut à la peau de la région intersourcilière.

Contraction : de haut en bas.

Effets : abaisse la tête du sourcil,

produit des rides horizontales au-dessous de l'espace intersourcilier, sur la racine du nez.

Conséquences morphologiques :

Le Sourcilier Vertical élargit et abaisse la racine du nez.

PYRAMIDAL. — Il apparaît comme la portion supérieure et terminale du Releveur Superficiel qui est situé le long des os propres du nez, son insertion inférieure se continuant avec l'insertion supérieure de ce dernier.

Insertions : fixe inférieure : au cartilage du nez, et au périoste des os propres ;
mobile supérieure : à la peau de la région intersourcilière, un peu en dessous du Sourcilier Vertical.

Contraction: de haut en bas.

Effets : véritable antagoniste anatomique du Frontal, il peut tendre et déplier la peau du front, fait un sillon transversal dans l'espace intersourcilier.

Conséquence morphologique :

Il abaisse l'espace intersourcilier,
en réalité, se contracte involontairement, à la suite de l'action excessive du Releveur Superficiel.

Muscles de la région nasale

RELEVEUR SUPERFICIEL. — Il passe verticalement le long du nez, derrière la racine de l'aile du nez, jusqu'à la partie moyenne de la lèvre supérieure.

Insertions : fixe en haut :

- à la face externe de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, dans une dépression verticale,
- au rebord orbitaire, au-dessous de l'Orbiculaire.

mobile en bas : à la peau de la lèvre supérieure, un peu en dehors de la ligne médiane, et à la partie postérieure et inférieure de l'aile du nez.

Contraction: de bas en haut.

Effets : élévateur commun de la lèvre et de l'aile du nez.

- Tire très fortement vers le haut l'attache de l'aile du nez, dans son insertion avec le plan facial, sans déplacer la pointe, mais en semblant ouvrir les narines.

- Relève vers le haut la partie moyenne de chaque côté de la lèvre supérieure.

Rend plus profond le sillon naso-génien, en le relevant, et en augmentant son angle aigu supérieur, c'est-à-dire en rendant son trajet plus voisin de la verticale.

Produit de fortes rides sur les faces latérales du nez (à concavité inféro-externe), rides accentuées par la contraction du Pyramidal, qui n'apparaît que comme les fibres supérieures du Releveur Superficiel.

Enfin, il abaisse l'espace intersourcilier, alors que le Pyramidal abaisse la racine du nez.

Conséquences morphologiques :

bascule les narines en haut et en dehors ; l'attache des narines est plus haute que le haut du nez qui paraît plonger en avant,

- ride, fronce fortement la base du nez,

- donne de l'étroitesse aux deux ailes du nez,

- rend aigu le sommet du sillon naso-génien,

- relève aussi un peu la lèvre supérieure à l'union de son tiers moyen et de son tiers externe, ce qui fait le « nez abrité ».

RELEVEUR PROFOND. — Un peu en dehors du précédent.

Insertions : — fixe supérieure : au rebord orbitaire dans ses deux tiers internes, au-dessous des insertions de l'Orbiculaire palpébral, au-dessous du trou sous-orbitaire.
— mobile inférieure : à la peau de la lèvre inférieure (partie moyenne) et à l'aile du nez (bord postérieur).

Contraction : en haut et en dehors.

Effets : — élévateur propre à la lèvre supérieure. Son action ne se confond pas avec celle du Releveur Superficiel, car cette action est plus externe.

— Il découvre les canines supérieures.

— Accentue le sillon naso-génien qui est plus oblique et plus arqué, que dans la contraction du Releveur Superficiel.

Certes, il relève et tire en haut et en dehors également la partie moyenne de la lèvre supérieure, et tire fortement en dehors et en haut l'attache postérieure de l'aile du nez, mais il élargit celle-ci.

Conséquences morphologiques :

— Il tire la lèvre supérieure plus en dehors que le Releveur Superficiel.

— Il creuse le sillon naso-génien au dessous du Releveur Superficiel, en produisant un arc à concavité inféro-interne.

— Il fait bomber la joue au-dessus du sillon naso-génien : saillie en dedans et en dessous des pommettes.

— Il élargit toute l'attaché des narines et dirige leurs bords en dehors et légèrement en haut, et élargit toute la base du nez : Nez « découvert », ce qui ne veut pas dire « ouvert », comme avec le Dilateur des narines, car ici, il y a déjà restriction, donc élément de rétraction.

TRANSVERSE ou triangulaire du nez, ou constricteur du nez. Petit muscle triangulaire, à base antéro-supérieure, et dont les fibres semblent prolonger le bord supérieur des narines.

Insertions fixe : antéro-supérieure, à l'aponévrose qui recouvre le dos du nez ;

mobile : postéro-inférieure, à la peau de l'angle supérieur du sillon nasogénien, derrière l'attache postérieure de la narine.

Contractions: d'arrière en avant, et légèrement de bas en haut.

Effets : Il n'intervient pas dans l'amincissement du corps du nez (partie supérieure), amincissement qui est strictement d'origine osseuse ou cartilagineuse. Il se contracte souvent synergiquement avec le Myrtiforme, formant une sorte de sphincter et jouant le rôle de muscle déprimeur et abaisseur de l'aile du nez, donc contracteur. C'est bien à tort que Duchenne de Boulogne en a fait un muscle dilateur.

Conséquence morphologique :

Il pince le nez à sa partie moyenne, donnant l'impression du nez « fermé ».

DILATATEUR DES NARINES. — Petit muscle curviligne (horizontal) triangulaire à base postérieure, qui recouvre les narines dont il forme la paroi externe.

Insertions : 2 insertions mobiles, les postérieures jouant, le plus souvent, le rôle de point fixe :

- en arrière, à la peau du sillon naso-génien (angle supérieur) ;
- en avant, au bord supérieur de l'aile du nez, c'est-à-dire, en partie, au bord inférieur du cartilage alaire et aux téguments qui le recouvrent.

Contraction : en haut et en dehors.

Effets : agit comme un volet.

- Ouvre les narines, en faisant basculer le cartilage alaire (en haut et en dehors).
- C'est un dilatateur vrai, qui écarte la « pars externa » de la narine de la ligne médiane, agrandissant ainsi la courbe de la valve externe des narines.
- Muscle de l'action de flairer (avec le transverse). En réalité, son action consiste souvent en petits battements répétés.

Conséquences morphologiques :

Il ouvre les narines :

Il fait le « nez ouvert » (vestibule ouvert) (1).

(1) Signalons en passant que nous venons à propos du nez, de montrer les quatre degrés de dilatation ou de rétraction de ce vestibule :

- le Dilateur des narines fait le nez « ouvert »,
- le Releveur Profond fait le nez « découvert »,
- le Releveur Superficiel fait le nez « abrité »,
- et le Transverse fait le nez « fermé ». (V. Tableau, p. 51).

N. B. — Définitions des mots :

ouvert : qui est ouvert ; *découvert* : qui a été fermé, qui paraît commencer à s'ouvrir avec net obstacle à s'ouvrir davantage ;
fermé : qui est fermé ; *abrité* : qui commence à se fermer.

MYRTIFORME. — Petit muscle quadrilatère dont le territoire correspond exactement à ce qu'on appelle communément les « moustaches à la Charlot ». Comme pour tous les muscles décrits, et malgré sa position médiane, il y en a deux : 1 droit et 1 gauche.

Insertions : — fixe, inférieure : s'attache aux saillies alvéolaires de l'incisive latérale (rebord alvéolaire).

— mobile, supérieure : à la circonférence postérieure de la sous-cloison, et à l'extrémité postérieure de l'aile du nez (insertions cutanées).

Contraction : verticalement en bas (donc de haut en bas, et non de bas en haut).

Effets : Son action se fait vers le bas et en avant.

— C'est un abaisseur de l'aile du nez.

— Il abaisse et amincit l'attache inférieure des narines, et projette légèrement en avant le milieu de la lèvre supérieure.

A bien distinguer d'un prognathisme du maxillaire supérieur.

Conséquences morphologiques :

— Il abaisse le septum inter-narinaire.

— Rétrécit transversalement l'orifice des narines, et surtout projette en avant la partie moyenne de la lèvre supérieure. (Il est toujours contracté quand on recherche l'effet de la voix nasonnante). Le sillon naso-génien est attiré vers la ligne médiane, et creuse fortement l'angle naso-génien.

— Il complète l'action constrictive du Transverse sur l'orifice nasal.

Muscles de l'orifice buccal et régions avoisinantes (Joues et Menton)

PETIT ZYGOMATIQUE. — Muscle de la partie supéro-interne de la joue, qui est situé au-dessus et en dehors du releveur profond.

Insertions : fixe, supérieure :

à la partie inférieure de l'os malaire, en dedans de l'insertion du Grand Zygomatique ;

mobile, inférieure : à la peau de la lèvre supérieure franchement en dedans de la commissure. Son bord interne, dans sa partie inférieure, se confond avec le bord extérieur du Releveur Profond.

Contraction : en haut et un peu en dehors.

Effets : élève en haut et en dehors une portion de la partie externe de la lèvre supérieure ; c'est un releveur.

Conséquences morphologiques :

— Il creuse la partie moyenne et inférieure du pli naso-génien, au-dessous du Releveur Profond.

— Il agit sur 2 mm., du bord de la muqueuse de la lèvre supérieure à un centimètre de distance de l'extrémité de cette même lèvre supérieure (dans une action qui rappelle de loin celle du Releveur Profond).

— Dans sa contraction extrême, il produit quelques rides en patte d'oie à la commissure de l'œil, semblables à celles de l'Orbitaire et du Grand Zygomatique.

GRAND ZYGOMATIQUE. — Dans une direction semblable à celle du précédent, muscle qui occupe la partie centrale de la joue, de la pommette à la commissure des lèvres. Dans sa partie inférieure, son bord interne se confond avec le bord externe du petit zygomatique et son bord externe se confond avec le bord interne du buccinateur, c'est dire qu'il est placé entre ces deux muscles.

Insertions : — fixe supérieure (supéro-interne) :
à l'os malaire, dans un sillon transversal qui occupe sa face externe près de son angle postérieur ;
— mobile inférieure : aux téguments des lèvres, à la commissure, en partie à la peau, en partie à la muqueuse (lèvre supérieure seulement).

Contraction : en dehors, en arrière et en haut, vers l'orifice de l'oreille, externe au précédent.

Effets : Muscle du rire et du sourire.
— creuse légèrement l'extrémité inférieure du sillon naso-génien en une petite ride à concavité interne,
— tire la commissure en arrière, et n'agit que sur la lèvre supérieure,
— élargit l'attache du nez,
— bombe la joue (avec, quelquefois, une fossette due à des adhérences fibreuses profondes).
— dans sa contraction extrême, rides en patte d'oie à l'angle externe de l'œil (comme avec l'Orbitaire).

Conséquences morphologiques :

- Ascension oblique de la commissure des lèvres en haut et en dehors.
- Incurvation du sillon naso-génien, en dedans et en bas.
- Gonflement de la pommette, et légère élévation de la paupière inférieure.
- Il agit comme dilatateur externe de la bouche. Produit des rides en patte d'oie à l'angle externe de l'œil.
- Il convient de bien noter qu'il n'agit que sur l'extrémité de la lèvre supérieure seule, en l'attirant vers le haut, en dehors et en arrière.

BUCCINATEUR. — Ce muscle constitue le plan profond de la joue.

Insertions : — fixe, postérieure :

— au maxillaire supérieur,
sur le bord alvéolaire qui répond aux trois dernières molaires, et aussi à la tubérosité maxillaire en arrière.

— au maxillaire inférieur, sur l'espace correspondant aux quatre dernières molaires.

— à l'aponévrose buccinato-pharyngienne, sur son bord antérieur.

L'ensemble de ces insertions formant un fer à cheval en avant et en dedans.

— mobile, antérieure : à la muqueuse de la commissure des lèvres et de la partie adjacente des lèvres supérieure et surtout inférieure. Quelques rares fibres vont à la peau, (en traversant l'Orbiculaire).

Contraction : en dehors, en arrière et un peu en haut.

Effets : — Il allonge légèrement la fente buccale.

— Fait un pli arqué vertical sur la partie antérieure de la joue, à l'extrémité de la commissure des lèvres.

Muscle de la trompette (la bouche étant pleine d'air).

Conséquences morphologiques :

Tire en dehors, en arrière et un peu en haut, presque pas la lèvre supérieure, mais surtout l'extrémité de la lèvre inférieure qui, attirée dans cette même direction (en dehors, en arrière et un peu en haut) semble rentrer derrière un petit repli vertical formé par la commissure pressée et dirigée en bas et en dehors.

La fente buccale est légèrement allongée à concavité vers le haut.

Il n'agit pas sur le sillon naso-génien.

A ne pas confondre avec l'action du Canin, qui est plus verticale et plus dure.

CANIN. — Muscle qui occupe la fosse canine du maxillaire supérieur, mais ses fibres mobiles descendent à la lèvre inférieure en croisant le Triangulaire des lèvres.

Insertions : fixe supérieure : — à la fosse canine en dessous du trou sous-orbitaire.

— à la base de l'apophyse montante du maxillaire supérieur, au-dessous de l'insertion du Relèveur Profond.

— parfois quelques fibres à la région nasale.

mobile inférieure :

— à la peau de la commissure des lèvres.

— à la peau de la lèvre inférieure (partie externe).

Contraction : Verticalement vers le haut.

Effets : Elève la commissure en haut et en dedans (retrousseur de l'angle labial) en virgule renversée, et légèrement la lèvre inférieure, se montrant auxiliaire de l'Orbiculaire.

Conséquences morphologiques :

Il produit à peu près le même pli que le précédent, mais plus vertical ; cette encoche est sur la partie toute inférieure du sillon naso-génien, mais apparaît comme différente de lui, dans la forte contraction. Entre cette encoche et la commissure, un bourrelet vertical se dessine, en dehors de l'extrémité des deux lèvres, plus fort, plus dur et plus vertical que dans la contraction Buccinateur.

TRIANGULAIRE. — Occupe le bas de la joue, latéralement au menton, en forme de triangle dont le sommet semble s'attacher au-delà de la commissure, et au-dessus, dans la lèvre supérieure. Son dessin pourrait figurer la projection du tiers moyen des moustaches pendantes « à la Gauloise », ce qui en fait le bord interne concave regardant la ligne médiane.

Insertions : — fixe inférieure : à la ligne oblique externe du maxillaire inférieur dans son tiers antérieur depuis l'éminence mentonnière jusqu'à la deuxième molaire, entre le bord inférieur de l'os et le trou mentonnier.

— mobile supérieure :

— à la peau de la commissure des lèvres légèrement audessus du canin ;

— à la peau de la lèvre supérieure (partie externe) ;

— quelques fibres à la région nasale.

(Ces insertions sont symétriques à celles du Canin, par rapport à un plan horizontal figuré par la ligne buccale, les fibres des deux muscles s'entrecroisant).

Contraction : verticalement vers le bas.

Effets : traction oblique vers le bas sur la commissure des lèvres qu'il abaisse en bas et en dehors, donnant à la fente buccale une forme arquée à concavité inférieure, en allongeant le sillon naso-génien qu'il tend à rendre plus vertical. Il abaisse aussi la lèvre supérieure et la narine dont il peut parfois rétrécir l'ouverture (muscle abaisseur du coin de la bouche).

Conséquences morphologiques : Il abaisse les commissures.

Il allonge la fente buccale en bas et en dehors (arquée à concavité inférieure), sans action sur la lèvre inférieure.

Il abaisse la partie externe de la lèvre supérieure en bas et en dehors en produisant au bas de la joue quelques rides inféro-externes à concavité supéro-interne, très en dehors du menton. Il contribue à *allonger le diamètre vertical du visage*.

LES INCISIFS. — Ils sont au nombre de 4 autour de l'orifice buccal, dans la partie postérieure de l'épaisseur des lèvres, à direction verticale et légèrement oblique : un incisif supérieur droit, un incisif supérieur gauche, un incisif inférieur droit et un incisif inférieur gauche.

Insertions : pour les Incisifs Supérieurs :

- insertion fixe supérieure :
au bord alvéolaire entre l'incisive externe et la canine (en dedans, au bord externe de la fossette myrtiliforme) ;
- insertion mobile inférieure :
à la peau des lèvres, non loin de la commissure.

pour les Incisifs Inférieurs :

- insertion fixe inférieure :
à la saillie alvéolaire de la canine inférieure, au-dessus de la Houppé ;
- insertion mobile supérieure :
à la peau de la lèvre inférieure, dans la lèvre et jusqu'à la commissure.

Contraction : Incisifs supérieurs : action en haut et en dedans.

Incisifs inférieurs : action en bas et en dedans.

Effets : Muscle de la menstruation aviaire.
Muscle du baiser chez l'homme.

Conséquences morphologiques :

- Ils portent les commissures en avant et en dedans, en les rapprochant, donc : protraction des lèvres.
- Ils raccourcissent et rendent plus sinueuse la fente buccale.
- Ils projettent la partie médiane des lèvres en avant, en les épaississant par de nombreux plis radiés.

Muscle de la féminité.

MUSCLE COMPRESSEUR DES LEVRES ou muscle de Luschka, ou muscle de Klein.

Petit muscle qu'on trouve dans l'épaisseur des lèvres (un dans la lèvre supérieure, et un dans la lèvre inférieure).

Sa direction occupe la diagonale de la lèvre de haut en bas vers le dedans pour le supérieur, et de bas en haut vers le dedans pour l'inférieur. Quelques fibres du Canin viennent le rejoindre à la lèvre inférieure, cependant que quelques-unes de ses fibres traversent l'Orbiculaire Interne en haut comme en bas.

Insertions : fixe, près de la fente buccale, à la muqueuse ;
mobile, externe à la fente buccale, à la peau.

Contraction : en bas et en dedans pour le supérieur,
en haut et en dedans pour l'inférieur.

Effets : Muscle de la succion.
Occlusion de la partie postérieure et profonde de l'orifice buccal.

Conséquences morphologiques :

Resserre énergiquement la partie interne de la fente buccale, c'est-à-dire applique nettement entre elles les deux surfaces des muqueuses inférieure et supérieure, de telle sorte qu'on ne puisse y passer une feuille de papier à cigarette.

Il accentue l'action de l'Orbiculaire Interne, en augmentant l'effet de « bouche fermée » (mais sans pincer les lèvres).

ORBICULAIRE DES LEVRES. — Vritable sphincter des lèvres qui occupe toute leur épaisseur.

L'Orbiculaire Interne est le corps du muscle.

L'Orbiculaire Externe constitue la partie externe du muscle, et est composé surtout des fibres périlabiales du Canin et du Triangulaire se croisant à la commissure avec quelques fibres des Incisifs et du Buccinateur.

Insertions : fixe, médiane : à la peau et à la muqueuse de de la partie médiane des lèvres ;
mobile, externe : à la peau et à la muqueuse des commissures, avec arrondis et entrelacement, la courbure étant moins prononcée pour les Orbiculaires Inférieurs.

Effets : Occlusion de la bouche, avec toutes les variétés de sa propre contraction.

Conséquences morphologiques :

Il applique l'une contre l'autre en les pinçant, les lèvres dès leur partie antérieure, en les faisant rentrer en dedans sans modifier la longueur de la fente buccale.

Donc : pince les lèvres en les faisant rentrer en dedans ce qui donne « la bouche pincée ».

Les quatre portions de ce muscle sphinctérien peuvent agir indépendamment. Avec l'Incisif, donne la bouche « en cul de poule ».

N. B. — L'Orbiculaire Externe (Triangulaire et Canin) donne la bouche occluse, sans que les lèvres soient rentrées en dedans, ce qui fait en termes morphologiques une bouche déjà « abritée », alors que les contractions du Risorius font la bouche « découverte » et que l'Orbiculaire Interne et le muscle de Luschka donnent la bouche « fermée », et que les Incisifs donnent l'impression de bouche « ouverte ».

RISORIIUS. — Petit muscle qui part en éventail de la commissure des lèvres pour s'étaler sur la partie moyenne inférieure des joues. Son axe général est voisin de l'horizontal, parfois descendant.

Insertions : fixe, postérieure et externe :

à l'aponévrose massétérine ;

mobile, antérieure et médiane :

à la peau de la commissure labiale.

Contraction: en dehors et un peu en bas.

Effets : Il n'intervient pas dans le rire, malgré son nom. (1)

Il allonge et rend rectiligne la fente buccale, mais sans la pincer aucunement.

Conséquences morphologiques :

Il agrandit latéralement la bouche, en reculant les commissures en dehors et en arrière, mais sans l'ouvrir à proprement parler, ni la fermer (bouche « découverte »).

(1) Moreau de la Sarthe, dès la fin du XVIII^e siècle, avait déjà établi que le rire était dû à la contraction du Grand Zygomatique.

CARRÉ. — Muscle vertical qui occupe la partie latérale du menton.

Insertions : fixe, inférieure :

au tiers antéro-inférieur de la ligne oblique externe du maxillaire inférieur, au-dessous du trou mentonnier dans le territoire correspondant à la canine et aux trois premières molaires.

mobile, supérieure :

à la peau et à la muqueuse de la lèvre inférieure, sur toute la longueur de la lèvre, sauf les derniers millimètres près de la commissure.

Contraction : presque verticalement vers le bas et légèrement en dehors.

Effets : Abaisseur de la lèvre inférieure (en bas et un peu en dehors).

Conséquences morphologiques :

Il abaisse légèrement le milieu de la lèvre inférieure et le sillon mento-labial.

Il creuse la fossette du menton.

Il tend la peau sur l'éminence mentonnière osseuse, en faisant un léger bourrelet de chaque côté sur le rebord du maxillaire, ce qui donne une impression de tension cutanée à concavité supérieure.

Il amincit le menton, le rend tendu, et fait un creux à l'union du tiers antérieur et des deux tiers postérieurs du trait de la mâchoire inférieure.

N. B. — Il convient de ne pas confondre sa contraction avec un prognatisme du maxillaire inférieur.

HOUPE. — Autre muscle vertical du menton, plus puissant, plus médian, et de moins grand étalement que le précédent dont la contraction se fait en sens inverse. (Les 2 houppes, droite et gauche, sont presque comprises entre les 2 carrés).

Insertions : fixe, supérieure : à la saillie alvéolaire de l'Incisive externe et de la canine (au-dessous de la gencive et de l'insertion de l'Incisif inférieur) et à la fossette mentonnière.

mobile, inférieure : à la peau du menton, que dans sa contraction elle déprime souvent en « peau d'orange ».

Contraction: verticalement vers le haut.

Effets : Releveur du menton, et élévateur de la lèvre inférieure qu'il éverse un peu en dehors. Elévateur de la peau du menton qu'il fronce.

Conséquences morphologiques :

La fente buccale est légèrement élevée et un peu arquée (concavité inférieure). La lèvre inférieure est légèrement élevée, éversée et arquée (concavité inférieure). Le sillon mento-labial est relevé. Il arrondit le menton en soulevant le tissu adipeux et en creusant le dessous de la lèvre inférieure.

Il n'abaisse pas les commissures comme le Triangulaire.

N. B. — C'est un antagoniste du précédent.

LE PEAUCIER (peaucier du cou ou platysma). — Muscle qui occupe la partie toute inférieure de la joue (au-dessous du Risorius et du Buccinateur) et la région antérieure et latérale du cou.

Insertions : fixes, postéro-inférieures :

— à la peau de la région pectorale supérieure ou sus-claviculaire, du deuxième cartilage costal à l'acromion ;

— et à l'aponévrose cervicale superficielle postérieurement encore assez souvent.

mobiles, antéro-supérieures :

— à la peau de l'éminence mentonnière,

— au bord inférieur (lèvre externe) du maxillaire inférieur, dans sa partie moyenne, jusqu'à la ligne oblique externe (partie antérieure).

— à la peau de la commissure des lèvres et de la moitié externe de la lèvre inférieure, et à la peau de la partie inférieure de la joue.

Contraction : oblique vers le bas, en arrière et en dehors (croisant en X le Sterno-cleido-mastoïdien). Les deux peauciers s'entrecroisent par la fin de leurs bords antérieurs sur la ligne médiane au-dessous du menton.

Effets : Soulève la peau du cou qu'il tend, avec plissement longitudinal, et froncement transversal (dans la région sus-hyoïdienne).

La commissure des lèvres s'abaisse notablement en même temps, ce qui tend et élargit les lèvres, particulièrement l'inférieure, qui s'éverse dans son extrémité externe.

Il attire en bas la peau du menton.

Conséquences morphologiques :

Il attire en bas et en dehors les téguments de la face dans un mouvement qui fait descendre la partie inférieure de la joue et peut même entraîner parfois l'attache des narines.

Il abaisse et écarte les angles des lèvres.

Il fait un léger sillon (en bas, en dehors et en arrière), partant de l'extrémité de la lèvre inférieure.

Il épaiscit le bourrelet du menton dans sa partie externe, au-dessous du rebord du maxillaire inférieur.

La contraction symétrique des 2 Peauciers abaisse légèrement la mâchoire inférieure quand elle n'est pas retenue par le Masséter. Il semble que sa tension augmente avec l'âge (vieillesse).

Muscles de la région oculaire

RELEVEUR DE LA PAUPIERE SUPERIEURE. ---

Muscle important horizontal, situé au-dessous de la voûte orbitaire, et allant du sommet de l'orbite à la paupière supérieure, en suivant le plafond de l'orbite.

Insertions : — fixe, postérieure : par les fibres aponévrotiques au périoste orbitaire au-dessus du trou optique ;

— mobile, antérieure : à la peau de la paupière supérieure, et au Tarse supérieur.

Contraction : d'avant en arrière.

Effets : Il rentre la paupière supérieure sous le rebord orbitaire, en haut et en arrière.

Conséquences morphologiques :

Il agrandit la fente palpébrale en élevant et en arquant le bord de la paupière supérieure. Dans sa contraction extrême, en ouvrant l'œil franchement, il donne ce qu'on appelle habituellement « l'éclat vif du regard ».

MUSCLE DE HORNER ou lacrymal postérieur. ---

C'est volontairement que nous ne parlerons pas du Muscle de Riolan, ou muscle ciliaire qui n'est autre que le faisceau marginal de la portion palpébrale de l'Orbiculaire des paupières, dont nous allons parler plus loin.

Par contre, le MUSCLE DE HORNER est un petit muscle qui semble distinct de l'Orbiculaire.

Insertions : fixe, postérieure : dans l'angle lacrymal, sur la crête de l'unguis ;

mobile, antérieure : en deux faisceaux supérieur et inférieur, qui se terminent sur le canalicule lacrymal (rôle de sphincter) et sur le cartilage tarse.

Contraction : d'avant en arrière.

Il apparaît comme un antagoniste de l'Orbiculaire.

Effets : Il ouvre le conduit lacrymal, et comprime les canicules lacrymaux qu'il vide.

Conséquence morphologique :

Donne de très légers ressauts à la peau de l'angle interne de l'œil.

ORBICULAIRE DE L'ŒIL. — Sous le nom d'orbiculaire de l'œil, on désigne un ensemble de muscles constricteurs de l'œil.

a) ORBITAIRE : Muscle qui entoure presque entièrement l'œil, sauf à sa partie interne.

Insertions : uniquement fixes, internes, donc insertions supérieure et inférieure, donnant naissance à un corps musculaire en anneau de clef incomplet autour de l'œil.

Insertion supérieure : — au ligament palpébral interne,
— à l'apophyse montante du maxillaire,
— à l'apophyse orbitaire interne du frontal et au tiers supéro-interne de l'arcade orbitaire, jusqu'à l'échancrure sus-orbitaire.

Insertion inférieure : — au même ligament palpébral interne,
— au tiers inféro-interne de l'arcade orbitaire, jusqu'au trou sous-orbitaire.

Contraction : concentriquement à l'œil.

Effets : rétrécit la fente de l'œil, principalement à la commissure externe (rôle de diaphragme cutané).

Conséquences morphologiques :

Rides en patte d'oie dirigées en dehors.

Mais surtout, il donne l'impression de creusement des tempes et d'enfoncement de l'œil dans l'orbite, en formant un bourrelet à la moitié externe de l'orbite.

N. B. — Son antagoniste direct est le Releveur de la paupière supérieure et surtout le Frontal. Il a pour muscles synergiques le Sourcilier, le Pyramidal et le Tarsal.

b) **PRETARSAL** : Petit muscle en arc de cercle à concavité supérieure situé le long du bord supérieur de la paupière inférieure.

Insertions : 2 insertions fixes aux angles externe et interne de la paupière.

Contraction : horizontale sur lui-même par épaissement.

Effets : forme un bourrelet horizontal en arc de cercle par contraction musculaire. Il n'agit que sur la paupière inférieure.

Se voit plus fréquemment avec la contraction du Grand Zygomatique.

Conséquence morphologique :

Sa contraction détermine un bourrelet horizontal sous le bord supérieur de la paupière inférieure.

c) **PRESEPTAL** : Petit muscle concentrique au précédent et situé juste en-dessous.

Insertions : comme le précédent, mais plus externes et inférieures.

Contraction : horizontale, en arc de cercle, au-dessous du précédent.

Effets : sa contraction donne un effet passager de bourrelet sous-jacent et concentrique au précédent.

Conséquence morphologique :

Détermine un bourrelet sous-jacent au précédent, et également à concavité supérieure, mais plus large (dans le sens de la hauteur) que lui.

A ne pas confondre avec la poche adipeuse de la paupière inférieure des vieillards qui est en réalité une poche graisseuse, ni avec la poche blanchâtre des rénaux ou des albuminuriques (signes permanents).

MUSCLES PALPEBRAUX INFÉRIEUR ET SUPÉRIEUR : LES TARSAUX

Muscle palpébral supérieur : Il tapisse le cartilage tarse supérieur en doublant le Releveur de la Paupière Supérieure.

Muscle palpébral inférieur : Il tapisse le cartilage tarse inférieur.

Effets : Leur action est l'occlusion de l'œil comme dans le sommeil ; muscles constricteurs : ils ferment l'œil.

Conséquences morphologiques :

ERMIANE distingue :

Le Tarsal avec l'Iris vers le haut, c'est-à-dire que la portion musculaire palpébrale, abaissant presque complètement la paupière supérieure, fait paraître l'iris nettement remonté derrière celle-ci, une légère fente blanche restant visible dans le bas.

Le Tarsal avec l'Iris vers le bas, c'est-à-dire que la portion musculaire palpébrale abaissant la paupière supérieure, mais plus légèrement que dans le cas précédent, fait paraître l'iris dirigé vers le bas.

Isolement considérés :

Le Tarsal-iris en haut donne les yeux de « poisson frit » et le Tarsal-iris en bas donne les yeux de « sainte nitouche ».

N. B. — Le Tarsal-iris vers le haut ne peut exister en même temps que la contraction du Releveur de la Paupière Supérieure.

Enfin, il convient d'ajouter à ces notions, celles concernant la direction du regard que ERMIANE dénomme : Plan Supérieur pour le regard dirigé dans le quadrant au-dessus de l'horizontale ; Plan Horizontal, quand le regard est dirigé en avant horizontalement ; et Plan Inférieur, quand la direction du regard occupe le quadrant situé au-dessous de l'horizontale.

En réalité, la direction du regard est due à l'action des muscles profonds de l'œil :

- Droit Supérieur et Petit Oblique : font l'œil en Plan Supérieur,
- Droit Interne et Droit Externe : » » Horizontal,
- Droit Intérieur et Grand Oblique : » » Inférieur.

CLIGNEMENT (diaphragme) et CILLEMENT (battements)

Enfin, ajoutons que l'action combinée des deux antagonistes, à savoir le Releveur de la Paupière Supérieure et les tarsaux, détermine le *clignement* (c'est-à-dire une action musculaire qui paraît diaphragmer la fente palpébrale),

la paupière inférieure est légèrement relevée,
la paupière supérieure est légèrement abaissée,
la fente palpébrale étroite rase les bords de la pupille.

Conséquences morphologiques du clignement :

Il précise le regard diaphragmé et rétrécit l'œil qu'il fait paraître comme plus enfoncé.

Le *Cillement* est une suite de battements de la paupière supérieure dus à l'action alternative (et rapide) du Tarsal Supérieur et du Releveur de la Paupière Supérieure.

Conséquences morphologiques du cillement :

Il rend l'œil plus vivant.

LES AURICULAIRES. — Il y a principalement trois auriculaires autour de l'orifice auditif externe :

Auriculaire antérieur,
Auriculaire supérieur,
Auriculaire postérieur.

Seul ce dernier a encore conservé une légère action chez les humains.

— L'Auriculaire Antérieur est un petit faisceau situé au-dessus du condyle, et qui apparaît à première vue comme le tendon du Temporal Superficiel.

— L'Auriculaire Supérieur est situé par-dessus le Temporal et est atrophié.

— L'auriculaire Postérieur, situé derrière le pavillon, a encore conservé quelque action chez certains.

Insertions : fixe, postérieure : à la base de l'apophyse mastoïde (en dessous et en dehors de l'Occipital).

mobile, antérieure : à la convexité postérieure de la conque du pavillon de l'oreille, au-dessus de la branche horizontale de l'hélix.

Contraction: d'avant en arrière.

Effets : chez certaines personnes, il semble tirer l'oreille en arrière.

Conséquences morphologiques :

Il aplatit la joue sur le plan osseux et colle le pavillon de l'oreille contre le Temporal.

LE MASSETER ET LE TEMPORAL. — Avec ces derniers muscles que nous étudions brièvement, pour ne pas être incomplets, nous abordons des muscles épais, de contraction lente, parce qu'exigeant une excitation plus forte. Si leurs conséquences morphologiques sont encore importantes dans les gros plans, ils n'ont pas, dans la prosopologie moderne, l'importance qu'on leur attribuait autrefois. Car, en réalité, leur action s'exerce davantage comme modificateurs de la morphologie par action directe, plus sur le cadre osseux que sur le modelé proprement dit, qu'ils contribuent cependant aussi à façonner ; c'est dire qu'ils appartiennent davantage aux éléments de la constitution héréditaire, n'étant pas des éléments premiers dans la signification des sentiments profonds, se montrant plutôt des traducteurs du comportement que d'un état d'âme.

Le Masséter et le Temporal se contractent synergiquement. Nous ne les décrirons pas anatomiquement en détail, ces notions se trouvant dans tous les traités d'Anatomie, même incomplets.

Rappelons seulement que :

Le **MASSETER** s'étend de l'apophyse zygomatique au bord inférieur, et à la face externe de la branche montante du maxillaire inférieur, recouvrant entièrement l'angle gonial.

Effets : c'est le muscle masticateur par excellence.

Conséquences morphologiques :

La contraction du Masséter semble éloigner l'angle gonial de la ligne médiane (mâchoire plus large).

Le **TEMPORAL** s'étend de la fosse temporale (qu'il remplit) à l'apophyse coronoïde du maxillaire inférieur, en passant derrière l'arcade zygomatique.

Conséquences morphologiques :

Il détermine sur la tempe un modelé de bombement et de creux successifs en donnant une impression de tension.

L'OCCIPITAL : Pour mémoire, nous signalerons le muscle Occipital, bien distinct du muscle Frontal, leurs contractions étant alternées.

Effets : chez certains, il permet une mobilisation du cuir chevelu.

Conséquences morphologiques :

Il tire en arrière l'oreille.

En réalité, il joue le rôle de point d'appui pour le Frontal, par le plan aponévrotique épicroânien.

Les PTERYGOIDIENS interne et externe

Le Ptérygoïdien Interne, vu sa place anatomique, de l'apophyse ptérygoïde à l'angle (face postérieure) du maxillaire, ne peut avoir aucune action morphologique. (Farabœuf l'appelle encore Masséter Interne).

On pourrait en dire autant du Ptérygoïdien Externe, si toutefois, son action ne se montrait capable de modifier la morphologie ; en effet, un Ptérygoïdien Externe, contracté unilatéralement, produit des mouvements de latéralité et de diduction de la mâchoire inférieure, alors que la contraction des deux Ptérygoïdiens Externes ensemble détermine le prognatisme.

N. B. — Temporal, Masséter et Ptérygoïdien interne sont des muscles élévateurs.

Les MUSCLES du COU. Dans un souci de détail complémentaire, signalons que les muscles du cou jouent un rôle important dans le port de la tête : et que, en particulier, le Sterno-cléido-mastoïdien, et le Long du cou, les Droits Antérieurs sont des abaisseurs et des fléchisseurs (et légèrement rotateurs) de la tête : attitude de refus, et que le groupe des muscles postérieurs : Droits Postérieurs, Obliques, etc... font relever la tête (avec rotation) donnant l'attitude du négativisme, depuis l'égo-centrisme jusqu'à la parade orgueilleuse, accompagné des diverses positions appropriées de l'œil, du Plan Inférieur au Plan Supérieur, avec Tarsal-iris en bas ou Tarsal-iris en haut. Ces muscles jouent un rôle important dans l'effet du regard.

**TABEAU DES MUSCLES CONSTRUCTEURS ET
DILATATEURS DES ORIFICES SENSORIELS**

ORIFICES SENSORIELS	CONSTRUCTEURS (fermeture)	DILATATEURS (ouverture)
<i>Yeux</i>	Orbiculaire des paupières. Pyramidal.	Releveur de la paupière supérieure. Frontal.
	N. B. — Le véritable antagoniste anatomi- que du FRONTAL est le PYRAMIDAL .	
<i>Nez</i>	Myrtiforme. Releveur superficiel. Transverse du nez.	Dilatateur des narines. (Releveur profond)
<i>Bouche</i>	Orbiculaire interne. Muscle de Luschka. Triangulaire. Canin. Houppie.	Incisifs. Grand Zygomatique. Buccinateur. (Risorius)
<i>Oreille</i>	Auriculaire postérieur.	
	Il n'y a ici que des muscles de fermeture, qui font les attitudes de rétraction (système CORMAN), c'est-à-dire d'éloignement, d'inac- tivité ou de manières d'être (système ER- MIANE).	Il n'y a ici que des muscles d'ouverture, qui font les attitudes de dilatation (système CORMAN), c'est-à-dire de rapprochement, et d'activité - sentiments (Système ERMIANE), exception faite pour le releveur profond et le risorius qui font les attitudes « découver- tes » et qui sont mor- phologiquement des di- latateurs, et anatomi- quement en réalité déjà à tendance de constriction (ils font frein).

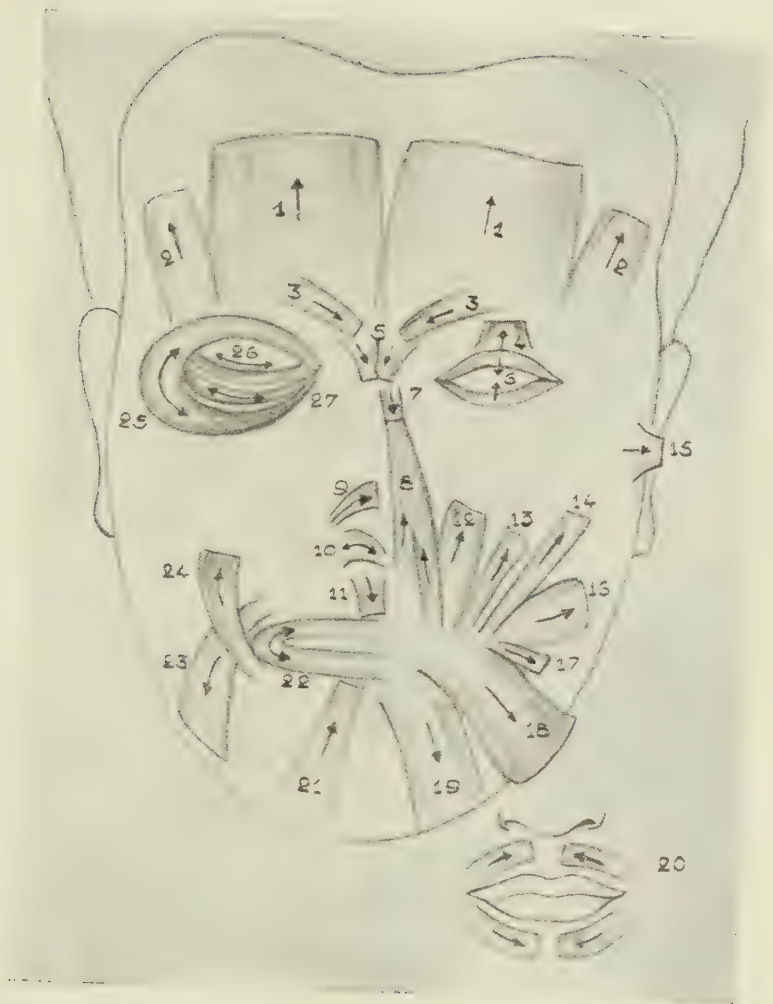


PLANCHE I



PLANCHE II



PLANCHE III

ANATOMIE DES MUSCLES (PEAUCIERS)

DU VISAGE HUMAIN

PLANCHE I

Le trait limitant le corps musculaire représente l'insertion fixe profonde.

L'autre extrémité est l'insertion mobile superficielle (face profonde de la peau en général).

- | | |
|--|-----------------------------|
| 1. Frontal. | 14. Grand Zygomatique. |
| 2. Frontal externe. | 15. Auriculaire postérieur. |
| 3. Sourcilier. | 16. Buccinateur. |
| 4. Releveur de la paupière supérieure. | 17. Risorius. |
| 5. Sourcilier vertical. | 18. Peaucier. |
| 6. Tarsal. | 19. Carré. |
| 7. Pyramidal. | 20. Incisifs. |
| 8. Releveur superficiel. | 21. Houppes. |
| 9. Transverse. | 22. Orbiculaire interne. |
| 10. Dilatateur des narines. | 23. Triangulaire. |
| 11. Myrtiliforme. | 24. Canin. |
| 12. Releveur profond. | 25. Orbitaire. |
| 13. Petit Zygomatique. | 26. Prétarsal. |
| | 27. Préseptal. |
-

N. B. — Il y a quelques muscles que nous n'avons pu représenter : Muscle de Luschka, Muscle de Horner, Masséter, S.C.M., Ptérig. Int. et Ext., Muscles du cou, ces derniers n'étant d'ailleurs plus des peauciers.

DESSINS DES CONTRACTIONS DE CHAQUE PEAUCIER

PLANCHE II

FRONTAL		FRONTAL EXTERNE
recevoir une impression		étonnement
(attention spontanée de certains)		
SOURCILIER	OEIL AU REPOS	SOURCILIER VERTICAL
avoir une réaction		entêtement
RELEVEUR DE LA PAUPIERE SUPERIEURE (position I)	RELEVEUR DE LA PAUPIERE SUPERIEURE (position II)	CLIGNEMENT
Attentif	Très attentif	Examiner
ORBITAIRE	ORBITAIRE — CLIGNEMENT	CLIGNEMENT - R.P.S.
Soucieux	Examen d'un souci	Attention très forte avec examen
PLAN SUP. - R.P.S.	PLAN SUP. SANS R.P.S.	CLIGNEMENT - PLAN SUPERIEUR
imagination	avenir	perspective
attente (tête penchée)		
PLAN INF. - R.P.S.	PLAN INF. SANS R.P.S.	CLIGNEMENT-PLAN INF.
se souvenir	se détourner du présent	se concentrer sur le passé
TARSAL IRIS EN HAUT		
rentre en soi		
TARSAL IRIS EN BAS	PRETARSAL	PRESEPTAL
se cacher	entraîne	sans entraîner

DESSINS DES CONTRACTIONS DE CHAQUE PEAUCIER (suite)

PLANCHE III

DILATATEUR DES NARINES	RELEVEUR SUPERFICIEL	RELEVEUR PROFOND	TRANSVERSE
Appel à soi Désir	Déplaisir	Ecarter	Crispation
GRAND ZYGOMATIQUE (Position I)	GRAND ZYGOMATIQUE (Position II)	PETIT ZYGOMATIQUE	
Plaisir vrai	Plaisir intense	Souffrance	
CANIN	MYRTIFORME	TRIANGULAIRE	
Sentiment de soi	Dire non	Dépréciation, mécontentement	
BUCCINATEUR	INCISIFS	RISORIOUS	
Satisfaction	Altruisme	Agir	
ORBICULAIRE INT.	PEAUCIER	PEAUCIER	
se fermer	(deux côtés)	(un seul côté)	
être en difficulté, inquiet.			
	HOUPE	CARRE	
	Irrésolu	Continuité	
	Dubitatif		

CHAPITRE II

DE LA MORPHOLOGIE ANALYTIQUE A LA MORPHOLOGIE SYNTHÉTIQUE : LE SYSTÈME CORMAN

Pour ne pas tomber dans l'ironie inquiétante du vieil adage :

« Hippocrate dit oui, mais Galien dit non », nous prendrons notre plus ancienne référence auprès d'Aristote (1), véritable créateur de l'anatomie et de la physiologie comparées.

Et que l'on ne nous réponde pas par le vers de Thomas Corneille, dans le « Festin de Pierre ».

« Quoiqu'en dise Aristote, et sa docte cabale ! !... »
Car Aristote était un fin observateur, et avait déjà remarqué que « des signes physionomiques nous révèlent directement et sans aucun intermédiaire le tempérament. »

Cet Ancien nous livre sa sage pensée et le fruit de ses remarques dans le premier livre de son « Histoire des Animaux » (I, VIII) : « Sur le front, il y a deux sourcils ; ils indiquent, s'ils vont en ligne droite, des mœurs douces ; s'ils se recourbent vers le nez, des mœurs farouches ; si c'est vers les tempes, la raillerie et la dissimulation ; s'ils sont abaissés, ils signifient l'envie. »

Aristote poursuit en disant que les gens aux yeux petits sont de caractères mauvais, que ceux dont les yeux sont grands ouverts sont de caractère meilleur ; que si l'angle interne de l'œil est charnu, c'est un signe de méchanceté ; que les petites oreilles signifient des mœurs coléreuses, etc...

C'étaient là, les premiers pas de la prosopologie. Les travaux des chercheurs qui ont suivi n'ont pas pu trouver ces simples remarques en défaut.

(1) — Aristote, 384-322 avant J. C.

— Hippocrate, environ 460-375 av. J. C.

— Galien, environ 130-210 après J. C.

Lavater, Ledos et bien d'autres travailleront encore dans ce sens ; signe par signe, patiemment ils observeront par empirisme, mais dans une sorte de statistique expérimentale et inavouée, par collection de faits, des lois simples souvent justes, mais parmi lesquelles cependant, se glisseront de nombreuses erreurs, par suite de faits non vérifiés ou trop facilement admis.

Sigaud, le premier, tentera une synthèse et sera suivi par toute une école, de Thooris à Corman ; c'est ce qu'on a appelé l'Ecole française de Morphologie. Mais ce dernier, notre maître, Louis Corman, est celui qui a réalisé, malgré ses imperfections et ses oublis volontaires, la synthèse la plus juste et la plus simple, à la suite de laquelle l'œuvre de Sheldon n'apparaîtra que comme une « redécouverte » par la voie des statistiques, et celle de notre ami N. Pende (de Rome) que comme une application au plan endocrinien. (1). Il convient, toutefois, de noter que Corman, comme Sheldon d'ailleurs, mais pour des raisons différentes, a omis de compléter son cycle, en ce sens que l'un comme l'autre ne décrivent que trois types, alors que Sigaud en avait individualisé quatre :

Pour préciser les données du problème qui nous intéresse, nous donnerons quelques lignes rapides sur le système Corman (2), en le complétant du quatrième type indispensable (3). On aura donc :

- le Digestif, dilaté de CORMAN (sanguin) ;
- le Musculaire, rétracté latéral de CORMAN (bilieux) ;
- le Cérébral, rétracté de base de CORMAN (nerveux) ;
- Le Respiratoire (lymphatique).

(1) — Kretschmer n'ayant fait son étude typologique que sur un plan purement psychiatrique, alors que Corman a tout de suite su dépasser ce cadre.

(2) — Pour une étude détaillée, se reporter aux ouvrages de Corman cités. Nous ne donnons ici qu'un schéma pour la compréhension de la suite de cette étude.

(3) — Pour mieux comprendre cette synthèse rapide, prière de se reporter à notre propre étude de 1948, M. Dugast-Rouillé. *Tendances actuelles de la typologie dans le Monde* — Cahiers d'Homéopathie et de Thérapeutique, 4^e fascicule — année 1948 — Vigot, éditeur. (Journées d'études de Biotypologie, Paris).

1/ Le DIGESTIF :

Visage : rond, au cadre large, aux lignes toujours arrondies, aux vestibules ouverts, et aux formes pleines, sans creux ni bosses. Profil convexe.

Caractère : optimiste, souriant, mou, altruiste, bonasse.
Type de l'enfant (premier âge), et
Type maternel (Type « ouvert »).

2/ Le MUSCULAIRE :

Visage : rectangulaire,
son cadre présente un diamètre vertical toujours plus grand que les trois diamètres horizontaux (bi-temporal, bi-zygomatique et bi-gonial ici sensiblement égaux). Lignes heurtées, creux et bosses, tempes et joues creuses, vestibules « abrités ». Profil droit.

Caractère : pessimiste qui agit en optimiste ;
dynamique, toujours en mouvement ;
il aime l'aventure, dur, brutal ;
énergique, agressif, égocentriste, sociophobe.
Type viril. Type de chef (type « abrité »).

3/ Le CEREBRAL :

Visage : Triangulaire,
large front, bombé, mâchoire étroite, lignes heurtées, vestibules souvent fermés ; profil parfois même concave.

Caractère : Imaginatif, spéculatif intellectuel ;
égoïste, n'aime que ses petites habitudes et la petite société des proches ;
nervieux, toujours tendu ;
agoraphobe, autosuggestionnable.
Type du vieillard (type « fermé »).

4/ Le RESPIRATOIRE :

Visage : losangique, mais aux lignes arrondies, au front droit, aux vestibules ouverts, aux ailes

du nez battantes et au profil convexe.

C'est un sujet dont le cadre commence à se rétracter (étage supérieur et étage inférieur), ou plus exactement, qui n'a pas réussi à se dilater complètement mais dont les vestibules et les parties molles restent celles d'un dilaté (exception faite de l'étage intellectuel où apparaît déjà un élément de rétraction).

Caractère : sujet affectif, sentimental, altruiste, adaptable, capable d'attention ; sensible, susceptible, naïf, tendre, émotif, aimant beaucoup la nature et tout ce qui est naturel.

C'est un lent.

Type de l'épouse. (Type « découvert »).

Tout le système de Corman est basé sur l'observation empirique et sur la déduction. Son point de départ est la notion de dilatation, et son contraire, la notion de rétraction.

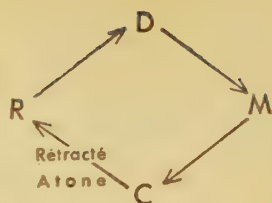
Pour ses descriptions, il tient compte du cadre (os et cartilages) : du modelé des tissus -- (tissu conjonctif, et non tissu musculaire, dont il ne parle pas) — et de l'ouverture des vestibules (orifices sensoriels). Ainsi, il ne parle jamais de l'expression musculaire, même statique, d'un visage.

Aux trois types qu'il retient des travaux de Sigaud (les premiers décrits ici), il ajoute différents corollaires :

a/ *le Rétracté frontal* : qui est un type de rétraction de face, phénomène qui peut venir se superposer à chacun des autres types, mais qui se voit à la perfection chez le Musculaire, à différents degrés. Cet élément apporte (traduction psychologique) :
réflexion, maîtrise de soi, et surtout sensibilité.

b/ *le Rétracté atone* : qui est un dégénéré hyperrétracté, mais aux lignes molles, et qui manque de défense. Dans un cycle général, il va se situer à la fin des rétractés, mais en rejoignant en quelque sorte le dilaté,

(schéma) malgré le grand allongement de ce visage, (sorte de pré-dilaté qui n'en a pas le cadre, si l'on veut espérer une régénération de la race).



- c/ *le Type Réagissant* : C'est un Rétracté qui donne l'apparence d'un Dilaté, à cause de ses vestibules ouverts, alors qu'en réalité, le cadre vrai est étroit, avec absence de Rétraction Frontale. C'est un nerveux qui dépense (en réagissant à toutes les impressions extérieures) plus qu'il ne possède.

Dans ce type-là, comme ailleurs, Corman ne parle jamais d'expressions musculaires, et cependant, sa description ne fait qu'en tenir compte, de la façon la plus simple : ce qui fait que, caractériellement, ce n'est pas un aussi grand rétracté que Corman veut bien le dire.

Exemple : tous les Réagissants montrent une forte contraction du Frontal, qui signifie recevoir une impression de l'extérieur qui est le fond même de leur caractère, de leur nervosité, et de leur usure... Comme ils ont les vestibules ouverts, cela prouve que **les vestibules apparaissent finalement comme plus importants que le cadre osseux**. Or, l'ouverture des vestibules étant conditionnée par les muscles, cela nous ramène au système Ermiane que nous allons exposer.

- d/ Il en est de même dans les types que Corman décrit comme : *Réagissants compensés*, par Rétraction frontale, c'est-à-dire l'action du Sourcilier qui signe la réaction volontaire et mesurée à l'impression externe (Frontal qui est d'ailleurs l'antagoniste)... etc...

Ainsi, la justesse des vues de Corman se trouvent concorder entièrement avec les significations musculaires, telles que les montrent les travaux d'Ermiane, comme nous le montrerons encore plus nettement dans les chapitres suivants.

CHAPITRE III

DE LA MORPHOLOGIE STATIQUE A LA MORPHOLOGIE DYNAMIQUE : LE SYSTÈME ERMIANE

Tel que Corman a décrit son système, il ne tient compte que de la valeur statique du visage, sans jamais faire intervenir les modifications passagères de formes ou d'expressions qui peuvent aussi avoir une valeur psychologique. Cette exploration nouvelle fut l'œuvre de dix-huit années de travail de notre ami Ermiane (1). Sa méthode est à base d'observation et d'introspection.

Il tient compte, non seulement, de l'expression statique (au repos) du visage, mais encore de ses modifications successives, passagères dues tant aux événements extérieurs qu'aux événements intérieurs.

Chacun sait qu'une conversation, qu'une nouvelle, qu'un sentiment, produisent en nous des jeux musculaires, plus ou moins volontaires, qui se traduisent par des expressions successives : c'est ce qui donne à autrui les « impressions » qu'il a de nous-même, et réciproquement les impressions que nous avons des autres.

C'est à cette étude qu'Ermiane s'est attaché. Délaisant le champ des acteurs de théâtre, sur lesquels le Professeur Dumas avait fait le plus grand de son travail, négligeant les hyper-expressions des aliénés qui avaient été le point de départ des travaux de Corman, Ermiane n'a regardé que son propre visage et ceux de son entourage immédiat. Par introspection, et vérification ex-temporaneée en quelque sorte, il a pu assigner à chaque petit muscle peaucier sa signification propre, d'après les réactions du commun des mortels, réactions toujours semblables depuis les Pharaons. Il en a tiré une classification d'étude caractérielle, en termes trop peu usuels, mais dont la tentative mérite l'attention.

(1) — Docteur Roger ERMIANE, « *Jeux musculaires et expressions du visage* ». Le François, éd. Paris 1949.

Ce qu'il convient de souligner dès maintenant, c'est la réversibilité du système :

- 1/ Un élément extérieur à nous-mêmes, logiquement capable de faire éclore en nous un sentiment, se signe sur notre visage par une contraction appropriée d'un ou plusieurs peauciers, suivant des sortes de réflexes toujours semblables.
- 2/ Un sentiment intérieur, conscient ou inconscient, se signe sur notre visage par une contraction réflexe appropriée d'un ou plusieurs peauciers, qui se produit toujours semblable, suivant le même schéma, pour le même sentiment ou le même groupe de sentiments.
- 3/ Le même sentiment, qu'il vienne de l'extérieur, ou de l'intérieur, se traduit toujours par les contractions des mêmes groupes musculaires.

On peut sans doute reprocher à Ermiane, outre l'oubli volontaire de la morphologie constitutionnelle, d'avoir fait sa classification uniquement en semblant rayonner d'une attitude du mental, et d'être arrivé de la sorte à une classification un peu complexe, et peu en rapport avec nos normes médicales ; mais il fallait bien un point de départ ; de plus, il faut ajouter qu'Ermiane ne s'était proposé qu'une classification caractérielle. Malgré cela, nous montrerons dans le chapitre suivant que sa classification peut rejoindre nos habitudes médicales et qu'elle se superpose aisément, en les précisant même, aux travaux de Corman.

Dans cette étude, afin d'éviter toute confusion avec le système Corman, nous avons été amené à modifier quelques termes d'un vocabulaire peu familier aux médecins (modifications faites par le Dr Ermiane lui-même, pour la suite de ses travaux).

La classification d'Ermiane est purement caractérielle : il distingue cinq groupes d'états d'âme simples :

- Activité,
- Inactivité,
- Rapprochement,
- Eloignement,
- Manières d'être.

(Voir le tableau pages 64-65)

Chaque groupe se divise en deux sous-groupes :
mouvements et sentiments.

- *L'Activité* correspond à un état mental en expansion active ;
- *L'Inactivité* correspond à un état mental en rétraction active ;
- *Le Rapprochement* correspond à un état mental à la recherche d'une sympathie vers l'extérieur, en expansion passive, ce qui va déterminer les sous-genres de sensibilité, d'extraversion, d'appel à soi, et d'allocentrisme ;
- *L'Eloignement* correspond à un état mental en rétraction passive qui l'éloigne du monde extérieur, et va déterminer les sous-genres : d'intraversion, de négativisme, et d'égocentrisme ;
- enfin
- *les Manières d'être* correspondent à un mental passif, mais à un physiologique actif inconsciemment. Il n'y a pas prise de position (ni jugement, ni action volontaire). Manières d'être au sens intérieur = émotions.

Ceci dit, il convient de remarquer qu'Ermiane ne tient pas compte dans son étude, des phénomènes constitutionnels. Si, dans Corman, il n'est pas question d'expression, (au sens dynamique, musculaire), il n'est pas question par contre dans Ermiane du cadre (osseux ou cartilagineux). Cependant, le système Ermiane reste capable d'identifier un visage statique, au repos ; car la contraction répétée de certains muscles peauciers, par suite de sentiments renouvelés, devenus en quelque sorte permanents, faisant le fond même du caractère de la personne, a déterminé des contractions permanentes, inconscientes, qui signent le fond du caractère au sens constitutionnel, et qui se retrouveront toujours, même sur le masque mortuaire.

TABEAU DE LA CLASSIFICATION ERMIANE

ACTIVITE		INACTIVITE		RAPPROCHEMENT		ELOIGNEMENT		MANIERES D'ETRE (au sens intérieur émodif)	
Mouvements	Sentiments	Mouvements	Sentiments	Mouvements	Sentiments	Mouvements	Sentiments	Mouvements	Sentiments
Sourceller	Grand Zygomatique	Sourceller vertical	Orbitaire	SENSIBILITE	Frontal	Tarsal avec Iris en haut	Surprise		Auriculaire postérieur
Réaction	Plaisir vrai	Entêtement	Soucieux						
Prétarsal	Buccinateur	Préceptal	Petit Zygomatique	EXTRAVERSION	Sensibilité réceptive (attention spontanée)	Rentre en soi	INTRAVERSION		Emotion contenue
Entraînf	Satisfaction	Sans entraîn	Douleur						
Risorius		Transverse		de la paupière supérieure	Relèveur	Tarsal avec Iris en haut		Muscle de Luschka	Muscle de Hornet
Exécuter, agir		Crispation							
Carré		Houppé		Clignement	Attention	Tarsal avec Iris en bas		Intériorité	Emotion non contenue
Continuité, fermeté		Irrésolu							
Masseter (Temporal)		Peaucler		Cillement	Observation	Ne pas vouloir voir le monde en se cachant			
Lutte, énergie		En difficulté							
				avec Plan Inférieur (face)					

Muscles
antérieurs
du cou
Résignation
relative

APPEL A SOI
du monde extérieur

NEGATIVISME
(désaccord avec le
monde extérieur)

Dilatateur
des narines
Appel à soi
désir

Myrtiforme
Dire non
Releveur
superficiel
Déplaisir

Releveur
profond
Ecartier
Triangulaire
Dépréciation
mécontente

Orbiculaire
Interne
Se fermer

Sterno-clédo-
mastoidien
Refus

ALLOCENTRISME

Indiscrets
Sentiment
d'autrui

EGOCENTRISME

Muscles
postérieurs
du cou
Orgueil...
Canin
Sentiment de soi

Avec Iris en plan horizontal (face)

Avec Iris en plan inférieur (face)

Avec Iris en plan horizontal (face)

Avec Iris en plan inférieur (côté)

Avec Iris en plan inférieur (face)

CHAPITRE IV

EQUIVALENCE DES DEUX SYSTÈMES

ESSAI DE SYNTHÈSE

C'est trop brièvement que nous avons essayé de dégager l'esprit des deux systèmes que nous étudions. En tenant compte de ce que l'un et l'autre veulent ignorer, nous allons montrer que les descriptions de l'un rejoignent les conclusions de l'autre et réciproquement.

Prenons quelques exemples :

1) *Le Digestif ou Dilaté de Corman :*

La description de Corman parle :

de vestibules étalés et grands ouverts (dûs au Grand Zygomatique, au Buccinateur), d'yeux étroits à fleur de tête que rien n'abrite, de visage rond bien en chair...

En effet, anatomiquement, l'absence du Sourcilier et la contraction du Frontal (qui étale les tissus au-dessus des yeux), suppriment l'ombre sus-oculaire. Ainsi, les termes attribués aux Dilatés, « ne peuvent se refuser à aucune impression » sont exacts, en raison de la présence du Frontal, dont c'est la signification même (recevoir une impression, attention passive).

Pour le Dilaté, à la bouche franchement ouverte, Corman ajoute encore : « facilité d'échanges et capacité d'être perméable à toutes les influences, obéissant aux événements, gaieté, optimisme, bienveillance, en disant que les « forces d'épanouissement travaillent en largeur ».

Quoi d'étonnant à cela, puisque le Dilaté a alors en réalité le Buccinateur et le Grand Zygomatique qui, ensemble, donnent, en effet, la gaieté et élargissent le visage ; la bienveillance est signée par les Incisifs (sentiment d'autrui). Les Dilatés « ne réfléchissent pas » ; bien sûr, il n'y a jamais de Sourcilier (d'ailleurs, antagoniste psychologique du Frontal). (Il faut réfléchir pour se refuser à une impression...).

Ils montrent des nécessités quotidiennes de réalités concrètes, dit Corman, ce qui est traduit par l'Iris en Plan Horizontal.

En résumé : le Dilaté est un sujet sur le visage duquel est marqué un minimum de contractions musculaires : Frontal, Buccinateur, Grand zygomatique et parfois Incisifs (1) (et rien autre à l'état pur), ce qui correspond aux éléments *d'activité* — *sentiments* et de *rapprochement* — *sensibilité* (avec allocentrisme parfois) du système Ermiane. (Voir tableau pages 78-79).

Le Dilaté est perméable par le Frontal ; il est optimiste par le Buccinateur ; il est souriant par le Grand Zygomatique ; il est mou parce qu'il n'y a pas de Carré, etc...

Corman dit : « Les muscles disparaissent sous la graisse ». Non, en réalité, il y a très peu de muscles contractés (les trois cités à l'état de type pur).

2) *Musculaire ou Rétracté latéral de Corman* :

a) *Le Rétracté en général* :

Dès que Corman aborde les Rétractés, il nous dit tout de suite que leur modelé est tourmenté (creux et bosses) : ceci est dû aux nombreux muscles peauciers contractés, et les nombreuses variétés remarquées quant au siège et aux degrés des déformations sont dues aux multiples variétés des contractions musculaires, tant au point de vue de leur intensité qu'au point de vue de leur siège.

(1) Nous montrerons plus loin, d'ailleurs, que les Incisifs n'appartiennent pas en propre au Dilaté (mais au Respiratoire) ; notons en passant que, instinctivement, les femmes cherchent à donner *l'impression* qu'elles ont effectivement des Incisifs (muscles de la féminité), par le rouge à lèvres plus ou moins savamment placé. Certaines d'entre elles exagèrent, et ne font en réalité qu'ajouter l'ombre du Releveur Profond, en faisant déborder leur dessin dans l'aire de ce dernier muscle, et donnent ainsi à leur visage une expression de refus (releveur profond = écarter), inverse de ce qu'elles cherchaient.

L'individualité sera plus prononcée ; évidemment, puisqu'il y aura plus de muscles contractés, donc une différenciation plus riche.

Ce type « s'individualise, se détache de son entourage », par le Sourcilier, qui marque une réaction constante. Corman ajoute : ainsi, les parties rétractées sont moins épaisses, moins volumineuses ; c'est que la contraction des muscles en question ôte la rondeur ; c'est une rétraction non par amincissement, mais par contraction musculaire, ce qui explique que Corman puisse dire tout naturellement que cette rétraction n'enlève rien à la vitalité, car il n'y a pas atrophie, les contractions étant seulement plus ou moins accentuées selon les régions, plus ou moins généralisées, mais assez intenses, les muscles qui y participent appartenant à tous les étages (à chacun des trois étages habituellement distingués dans le visage : étage intellectuel, étage affectif et étage végétatif).

Le Carré allonge le visage : ainsi paraît diminuer la largeur de ce visage.

Le Maître Nantais poursuit son étude en remarquant que les vestibules sensoriels ne sont plus étalés librement, qu'ils se ferment :

Exemple : — la bouche est moins large : parce qu'il n'y a ni Grand Zygomatique, ni Buccinateur ;
— le nez n'est abrité que par la Rétraction frontale (Releveur Profond qui se contracte) ;
— les yeux sont moins ouverts : cela n'est pas tout à fait exact, car en réalité, l'ouverture elle-même de la fente palpébrale (s'il n'y a pas de Rétraction frontale) est la même, mais l'œil paraît plus enfoncé, son « indice de rétraction » (D^r M. HUGÉ) est augmenté : l'œil ne paraît protégé par les parties osseuses qu'en

raison de la contraction du Sourcilier : ce dernier muscle, en fronçant les sourcils, fait, de plus, apparaître le front comme plus bossué.

C'est le Carré qui rend le menton proéminent.

Corman continue en disant :

« Pas d'humeur enjouée, sérieux ».

Nous répondons : pas de Buccinateur, ni de Grand Zygomatique.

« Ne se laisse pas conduire par les impressions du moment » — en effet, pas de Frontal. — « Maître de soi », en effet ; Sourcilier, Carré.

Remarquons que le Sourcilier enfonce l'œil dans l'orbite, signe de maîtrise de soi dans le système cormanien, etc., etc...

b) *Le Musculaire-Rétracté latéral :*

Morphologiquement, le front se redresse (Sourcilier) et le visage se durcit : (cela est dû à la contraction du Risorius, du Carré et du Masséter-Temporal).

Ainsi, le Musculaire qui est un sujet agissant, plein d'entrain, énergique, montre les contractions des muscles de *l'Activité-mouvement* du système Ermiane, muscles très puissants parmi les muscles du visage : Sourcilier (réaction), Risorius (agir), Carré (continuité), Masséter-Temporal (énergie), auxquels il faut ajouter le Prétarsal, muscle moins fort, mais important, et qui signifie entrain.

Ce sujet vit dans le présent, Corman dit « Son intelligence est adaptée au but qu'il veut atteindre » ; en effet, son regard est toujours en Plan Horizontal (face).

Son caractère d'homme d'action est signé par la présence du Risorius et du Carré ; sa vitalité, par le Prétarsal ; sa continuité par le Carré ; son amour de l'aventure, de la lutte pour la vie, par le Risorius et le

Masséter, et n'oublions pas que c'est le Sourcilier qui lui donne ces yeux enfoncés, abrités ; notons que les tempes paraissent creusées, parce que le Frontal ne tire plus les sourcils et particulièrement la queue du sourcil...

c) Comme Corman écrit qu'on ne conçoit pas de « beau Rétracté latéral », sans Rétraction frontale, ajoutons nos remarques sur ce point.

« Chez le Rétracté frontal, les vestibules sensoriels se protègent ». C'est une des caractéristiques essentielles qui va entraîner : refus au milieu, aux influences et tendance à la réflexion.

Anatomiquement :

- les yeux se ferment par les Tarsaux ;
- le nez s'abrite par le Releveur Profond déjà,
par le Myrtiforme encore ;
- la bouche se ferme par l'Orbiculaire Interne.

Autant de muscles qui se trouvent :

Psychologiquement :

dans *l'éloignement-mouvement* de la classification Ermiane et qui vont marquer la Rétraction frontale, c'est-à-dire :

- ne pas voir le monde extérieur (Tarsal-iris en bas) ;
- refus du milieu, des influences (Myrtiforme : dire non) ;
- refus encore par le Sterno-cléïdo-mastoïdien, et
- tendance à la réflexion, par l'Orbiculaire Interne (se fermer) qui va se trouver associé, de la sorte, au Tarsal-iris en haut qui veut dire : rentrer en soi-même.

Ce sujet « compose avec le milieu » dans la mesure où l'Orbiculaire Interne est plus ou moins contracté, et c'est l'association Orbiculaire Interne et Releveur Profond qui lui permettrait de « rejeter certaines nourritures ». C'est le relâchement de l'Orbiculaire Interne qui fera certaines acceptations. Morphologiquement parlant, en corrélation avec le fait psychologique que nous venons

de décrire, si « les narines se retirent derrière la convexité du nez », cela est dû à l'action du Releveur Profond ; et si la « bouche se retire et se ferme », cela est dû à l'action de l'Orbiculaire Interne.

Dans l'ensemble, ce sont des muscles du milieu de l'aire du massif facial. Au lieu de Grand Zygomatique et Buccinateur (muscles du Dilaté qui élargissent), on a des muscles qui contractent le milieu de la figure (Myrtiforme, Releveur Profond, etc...).

Ainsi, l'association Rétracté latéral-Rétracté frontal donne le modelé sinueux d'un profil dont la véritable cause est signée : Sourcilier, Releveur Profond, Carré... c'est-à-dire également une association des muscles correspondant à chacun des deux groupes. On comprendra alors que le redressement du front que l'on a vu s'ébaucher à propos du Musculaire (Rétracté latéral) soit dû à l'accentuation de la contraction du Sourcilier. De même quand Corman dit, en passant du Dilaté au Rétracté, que le sujet accepte de moins en moins l'impression du monde extérieur, et qu'il réagit de plus en plus, on voit très nettement, sur les gravures qu'il donne en regard, que cette modification revient à l'abaissement du Frontal (donc absence de contraction) et aboutit à la contraction du Sourcilier, ce qui est la traduction même, anatomique, de l'explication Ermiane : il n'y aura plus acceptation de l'impression extérieure, mais il y aura par contre réaction.

Tous les muscles qui entrent dans la composition de la *Rétraction frontale* sont dans l'*Eloignement-mouvement* de la Classification Ermiane. (Voir tableau pages 78-79).

3) *Le Cérébral ou Rétracté de base de Corman :*

Tel que Corman le présente, ce sujet a le visage étroit et allongé. La vraie raison anatomique en est la présence du Triangulaire.

Les vestibules sont abrités :

- les yeux : par l'Orbitaire qui semblent les enfoncer.
- le nez : allongé par le Releveur Superficiel,
« en lame de couteau » (anguleux), par
le Transverse.
- la bouche : par le Canin.

N. B. — La moindre trace de Rétraction frontale
viendra augmenter ces fermetures :

les Tarsaux aux yeux,
le Myrtiforme au nez,
l'Orbiculaire Interne à la bouche.

Surtout, c'est la mâchoire qui paraît étroite et de
faible hauteur :

- Houppe (qui fait la mâchoire en retrait),
- pas de Masséter (qui fait l'angle de la mâchoire
effacé),
- et le Triangulaire (qui donne l'impression d'étroite-
tesse).

Le visage paraît allongé par le creusement du sillon
naso-labial, dû au Releveur Superficiel, au Triangulaire,
et au Peaucier, qui augmentent la traction.

Cette description anatomique correspond, en valeurs
expressives, exactement, à la description qu'en donne
Corman.

Ce type aboutit à un « véritable épuisement de la
vitalité ».

En effet, il n'y a ni Masséter, ni Prétarsal.

- Il n'accepte pas les impressions du dehors ;
il n'est jamais synchrone avec son milieu (pas de
Frontal) ;
- châteaux en Espagne, spéculation intellectuelle,
parce que Houppe.
- Pas de Risorius : on se décide pas, on n'agit ja-
mais, on semble réfléchir, toujours sans aboutir.

D'ailleurs, les décisions sont difficiles à prendre, on est perpétuellement hésitant, irrésolu, velléitaire, (c'est encore Houppe et l'absence de Risorius, de Carré...).

- Sans énergie, il répugne à l'action et est incapable de réalisation pratique (idem),
- Entêté, buté : Sourcilier Vertical.
- Sans entrain : Préseptal.
- Toujours inquiet : Orbitaire.
- même tendu : Transverse.
- Donne souvent l'impression d'avoir quelque chose de gênant à traîner avec lui (Peaucier), ou bien de souffrir de quelque part : Petit Zygomatique.
- N'est jamais satisfait, n'éprouve jamais de plaisir vrai, de joie réelle (Releveur Superficiel, Triangulaire, absence de Grand Zygomatique).
- « Il perd facilement ses moyens » : Houppe (hésitant)
Peaucier (en difficulté).
- « Envieux, se venge parfois par en-dessous » (Peaucier, Canin).
- « Peur des responsabilités » : pas de Risorius.
- « Aucune aptitude à commander » : ni Sourcilier,
ni Releveur
de la paupière
supérieure.
- « Peu d'aptitude à obéir » : absence de Frontal
(pour obéir, il faut
s'imprimer de...).
- « Pas de sens pratique » : pas de Risorius.
- « Peur de s'engager, indécis » : Houppe.
- « Pas de volonté » : ni Sourcilier, ni Carré.
- « Sociabilité médiocre » : Plan Inférieur.
- Spéculation intellectuelle : Plan Inférieur (méditation), retour sur le passé, détachement du présent.

— Déplaisir facile : Releveur Superficiel.
etc., etc., etc...

Ainsi, tous les muscles que nous venons de rencontrer (sourcilier vertical, préseptal, transverse, houppe, peaucier, orbitaire, petit zygomatique, releveur superficiel, triangulaire et canin) et qui recomposent assez bien le type *Rétracté de base* décrit par Corman, appartiennent tous aux catégories : *Inactivité* et *Eloignement-sentiment* de la Classification de Ermiane. (Voir tableau pages 78-79)

4) *Le Respiratoire* :

Si l'on se souvient de la description que nous avons donnée au Chapitre II, de ce type, nous trouverons facilement les muscles qui correspondent à sa morphologie et à sa psychologie :

Vestibules ouverts : ailes du nez battantes en particulier :
Dilatateurs des narines, Incisifs ;
Yeux découverts par le Frontal et, si on ose l'ajouter, même chose pour les oreilles, par l'Auriculaire Postérieur.

Au point de vue caractériel, c'est un émotif. L'éclat mouillé de son regard, qui correspond à la timidité, à son état influençable, est dû au Muscle de Horner. L'expression de son visage correspond d'ailleurs au groupe des muscles des *Manières d'être* de la classification de Ermiane. (Auriculaire postérieur, Muscle de Horner, et même Muscle de Luschka qui donne une émotion profonde, et très intériorisée).

— Altruiste : Incisif.

— Affectif, aime la nature, etc... : Dilatateur des narines (désir). (1)

(1) Muscle dont les insertions sont trop souvent dilacérées sans ménagement par les chirurgiens de chirurgie esthétique.

N.B. — A ce propos rappelons l'observation curieuse, mais qui confirme notre démonstration, de plusieurs collègues de chirurgie faciale qui nous ont dit avoir remarqué, comme nous-mêmes, de nombreux changements de caractères à la suite d'interventions sur le visage. (Cf. aussi les interventions américaines sur les délinquants. Dr Pick, Chicago).

- *Type de l'épouse* : Incisifs (muscles de la féminité)
et Muscles de Luschka.
- Tendre et naïf : par le Frontal externe, l'Auriculaire
postérieur, et les Incisifs.
- Adaptable : Cillement.
- Capable d'attention : Releveur de la paupière supé-
rieure et Clignement.

Mais surtout, on constate que les muscles qui intéressent ce type, sont, outre les muscles émotifs de *Manières d'être*, les muscles de *Rapprochement*, exception faite du Frontal en règle générale qui s'y trouve parfois, lorsque cet élément de dilatation se trouve compensé par un apport de rétraction figuré par le Sourcilier, et qui détermine alors ce front étroit, creux en son milieu, très caractéristique et dû à la contraction du Sourcilier et du Frontal (c'est l'oméga des Anciens).

Terminons en disant que le Respiratoire à l'état pur n'a pas de Petit Zygomatique, ni d'Orbitaire, ni de Peaucier, ni de Releveur Superficiel, etc...

*
**

En résumé :

Nous constatons donc que les deux systèmes (CORMAN et ERMIANE) se superposent sans heurt, puisque (Voir tableau pages 78-79) :

- au type *Dilaté* correspondent les Muscles d'*Activité-sentiment*, plus le Frontal (*Rapprochement-mouvement-sensibilité*) ;
- au type *Musculaire-rétracté latéral* correspondent les Muscles
d'Activité-mouvements ;
- au type *Rétracté frontal* correspondent les Muscles
d'Eloignement-mouvements.

Ce qui fait que le parfait *Rétracté latéral*,
(donc *rétracté frontal*)
correspond aux muscles de *mouvements* des
catégories :

Activité et Eloignement.

- au type *Cérébral-Rétracté de Base* correspondent les muscles :
d'Inactivité (mouvements et sentiments), et
d'Eloignement-sentiments.
- au type *Respiratoire* correspondent les muscles :
de Rapprochement (mouvements et sensibilités).
le Frontal, qui signifie sensibilité à l'extérieur, étant
le plus souvent remplacé par les muscles de
Manières d'être qui traduisent une sensibilité
tournée vers l'intérieur (émotion).

Ainsi, les description de Corman concordent absolument — et bien que l'auteur n'en tiennent pas compte — avec les éléments anatomiques et leur valeur expressive (Système Ermiane). (*Jeux musculaires et expressions du Visage*).

Ni Corman, ni Ermiane, chacun à lui seul, ne peuvent tout expliquer par leur système, mais nous avons montré comment ils se complètent, sans jamais se contredire. Par cette liaison, qui nous a semblé intéressante, Corman devient moins intuitif et Ermiane plus facile à comprendre et à utiliser, puisque, d'après la description même de leurs sujets, pour Corman, comme pour Ermiane, à chaque type correspondent les mêmes contractions musculaires (et uniquement celles-là).

N.B. — Il y a des muscles qui peuvent paraître appartenir à deux groupes : cela n'est dû qu'à la complexité de la psychologie humaine. Exemple : nous avons dit que le Transverse (crispation) appartenait au Rétracté de base ; Transverse + Sourcilier donne un type contracté, c'est-à-dire un Musculaire qui n'agit pas encore réellement parce qu'inhibé par ses éléments de Rétraction de base. Transverse + Sourcilier + Orbitaire Interne va donner un rétracté-contracté qui résiste ; en effet, l'élément nouveau qui appartient au Rétracté de front apporte de la réflexion, de la résistance (par exemple avec Sterno-cleido-mastoïdien, ou Myrtiforme) etc...

Terminons en remarquant que dans leur ensemble, les valeurs expressives des différents muscles correspondent, par leur territoire anatomique, aux trois étages classiquement distingués dans le visage humain depuis longtemps, à savoir :

- étage intellectuel,
- étage affectif,
- étage végétatif ou instinctif.

TABLEAU RESUME DES CORRESPONDANCES DES DEUX SYSTEMES

ACTIVITE		INACTIVITE		RAPPROCHEMENT		ELOIGNEMENT		MANIERES D'ETRE (au sens intérieur : émotif)	
Mouvements	Sentiments	Mouvements	Sentiments	Mouvements	Sentiments	Mouvements	Sentiments	Mouvements	Sentiments
Sourcilier	Gd Zygomatique	Sourcilier vertical	orbitaire	Frontal	Frontal externe				Auriculaire postérieur
Prétarsal	Buccinateur	Préseptal	Pt Zygomatique	DILATE DIGESTIF	RESPI- RATOIRE			Muscle de Luschka	Muscle de Horner
Risorius		Transverse		EXTRAVERSION		INTRAVERSION			
Carré		Houpe		Releveur de la paupière supérieure		Tarsal - Iris en haut			
Masséter- Temporal		Peaucier		Clignement					
		Muscles antérieurs du cou		Clignement		Tarsal - Iris en bas <i>plan inférieur face</i>			

APPEL A SOI Dilatateur des narines	NEGATIVISME Myrtiforme Releveur superficiel	ALLOCENTRISME Incisifs	Avec plan horizontal (face)	MUSCULAIRE RETRACTE LATERAL	DIGESTIF DILATE
Avec plan inférieur (face)	EGOCENTRISME Muscles postérieurs du cou Canin	Avec plan inférieur (côté)	RETRACTAION FRONTALE	RETRACTAION DE BASE	RESPIRATOIRE

CHAPITRE V

LES CONSÉQUENCES

1) *Au point de vue étude caractérielle :*

Beaucoup reprochaient à Corman de procéder par intuition (coefficient personnel de l'observateur), et de ne pas paraître scientifique. Par cette synthèse, les travaux de Corman prennent un jour nouveau, sans pour cela tomber dans les « processus chiffrés » à la manière américaine, et tout en conservant l'esprit clinique de la meilleure tradition médicale française.

D'aucuns avaient trouvé Ermiane incompréhensible et inutilisable, parce que n'aboutissant pas à des types individualisés et « didactibles », et donc retrouvables. C'est que comme on l'a dit depuis longtemps, si l'homme est une entité — et une entité complexe — il n'est pas une unité qui se représente identiquement chaque jour. De même qu'« il n'y a pas des maladies, mais des malades », de même il n'y a pas des types, que l'on rencontrera exactement tout à l'heure dans la rue, à l'hôpital ou dans un cabinet de consultation, mais des hommes qui ont chacun leur personnalité et leur individualité.

De notre travail, il doit s'en suivre une plus grande facilité pour utiliser les principes de l'un et de l'autre, en vue d'une analyse caractérielle et psychologique plus poussée.

En outre, on peut de la sorte les compléter l'un l'autre, les vérifier également, ou plus exactement vérifier son propre jugement.

Enfin, cette méthode permettra de mieux saisir la complexité du caractère d'une personne donnée, dans ses principes généraux, comme dans ses détails.

Car il y a dans une personnalité des caractères généraux, et des caractères de détails.

Il y a longtemps que l'on avait réussi à connaître les caractères de détails (au sens superficiel et non au sens pro-

fond de finissement). La morphologie analytique s'y était employée. Mais pour bien saisir les caractères généraux, il fallut attendre les synthèses de Sigaud, de Corman. Avec le concours du système Ermiane, on connaîtra désormais plus facilement la part réelle de chaque type primaire qui compose un sujet complexe (1) et ainsi on aura une plus grande facilité pour lui attribuer, suivant le pourcentage découvert (d'après les muscles du groupe primaire) une partie plus ou moins grande des caractères généraux du type primaire en question. Puisque le système Ermiane a pour conclusion de pouvoir *retrouver par la combinaison des expressions les diverses tendances du caractère*, et les rapporter aux groupes primaires déjà connus (Dilaté, Respiratoire, etc...).

(On comprendra également mieux suivant quelle modalité chaque contraction musculaire qui appartient primitivement à un groupe constitutionnel bien défini, peut modifier même isolément de son groupe une tendance donnée).

2) *Au point de vue du diagnostic.*

Nous allons analyser les éléments que nous apporte cette synthèse pour l'étude des troubles du caractère à l'état fruste, depuis l'état caractériel anormal jusqu'à la maladie mentale, *non organique*.

Mais ici, nous croyons bon, avant d'aller plus loin, de donner quelques courtes définitions de termes plus usuels aux psychiatres, bien que nous n'abordions pas le domaine réellement psychiatrique.

— *La Personnalité :*

C'est l'ensemble des caractéristiques biologiques et psychiques constitutionnelles et acquises d'un sujet dans un certain milieu.

N.B. — Il a été fait plus de cinquante définitions de ce mot (cf. Allport 1937); on a dit aussi : la somme des caractères qui différencient la personnalité est le résultat d'une fonction psychologique pour laquelle un individu se considère comme un moi, un et permanent.

Les psychanalystes y voient l'organisation intérieure ou interprétation harmonieuse de la cognition, de l'affectivité et de l'activité pulsionnelle; et encore : c'est le comportement total de l'individu.

(1) Sigaud disait *type hiérarchisé*.

— *L'individualité* : exprime ce qu'il y a d'indivisible en nous matériellement comme psychiquement, comparablement à l'atome : l'individualité, c'est l'homme unité, la personnalité serait plutôt l'homme entité. Ainsi, la personnalité devient l'individualité consciente.

— *Le Moi* se confond avec la conscience (Nacht, « *Revue de psychanalyse* », 1948, n° 1, p. 31). C'est une permanence, une entente psychique qui nous permet de prendre conscience à la fois de nous-mêmes, et du monde extérieur. Toutefois, les psychanalystes estiment souvent que le moi n'est pas toujours tout compris dans la conscience, puisqu'on peut lire dans le « Dictionnaire de Psychanalyse » (Paris 1949) à ce mot, que « le moi, conscient dans sa plus grande partie est, en quelque sorte, le ministre des affaires étrangères et devrait être le président de la République psychique ». Mais le rédacteur ne dit pas avec quelle Constitution il faut l'entendre ! Il est vrai qu'il s'empresse d'ajouter, pour nous rassurer sans doute, que le moi est « l'élément raisonnable ».

Freud souligne que le moi comprend l'accidentel et l'actuel, parce que le moi est déterminé par ce qu'il a vécu, par son expérience personnelle. Certains considèrent encore que le moi est ce qui constitue l'individualité et la personnalité.

— *Le psychisme*, c'est l'ensemble de nos états psychologiques.

Cela comprend nos états conscients,
nos états subconscients,
» » inconscients,

ces derniers étant en continuité avec la vie organique. Exemple : les muscles du cœur, les instincts. Cet inconscient pouvant devenir conscient dans certaines circonstances.

Le subconscient n'est en réalité que le pré-conscient, donc, ne représente pas à proprement parler un groupe en soi.

Inconscient, c'est tout ce qui n'est pas provisoirement accessible à la conscience.

Pour Freud, il y a un inconscient refoulé (tendances refusées).

Pour Jung, il y a inconscient collectif, et héréditaire (également en grande partie refoulé).

Pour Adler, l'inconscient c'est l'inconnu

Pour Sartre, l'inconscient n'existe pas.

— *La Névrose* : c'est la manifestation d'un conflit inconscient par des symptômes soit somatiques, soit psychiques ayant pour résultats principaux :

- de diminuer l'activité,
- de diminuer l'aptitude au bonheur,
- de perturber la vie sexuelle.

La névrose est conciliable avec une relative adaptation sociale. Ce n'est pas une maladie mentale. C'est une attitude mentale, qui est essentiellement *un refus* se traduisant soit sur le plan intellectuel pur, soit sur le plan affectif soit même sur le plan végétatif. C'est un état mental dont l'origine remonte à l'enfance ; il est pratiquement non évolutif, hors des états réactionnels transitoires. On pourrait encore dire, en pensant déjà prosopologie, c'est un mauvais état « *rétractionnel* ». On trouvera donc les névroses parmi les rétractés (qui ont conservé un élément de dilatation, tel que le Frontal, mais jamais le Grand Zygomatique). C'est ce qui explique que l'on trouve des muscles de fermeture, dans des associations d'antagonistes (ouverture et fermeture).

— *La Psychose* : s'oppose à la névrose ; elle désadapte le sujet de son ambiance humaine, elle est évolutive, bouleverse la personnalité plus ou moins profondément ; c'est à proprement parler la maladie mentale :

Il y en a deux types principaux :

- le processus schizophrénique,
- le développement, dans un sens délirien, d'une personnalité anormale constitutionnellement, ou d'une personnalité psychopathique.

On trouve la psychose chez les hyper-rétractés, avec quelques éléments de dilatation, comme chez les dilatés, avec quelques éléments de rétraction, en association instable.

Asthénie : absence de forces physiques, déficience de forces musculaires, sentie subjectivement (fatigue avant l'effort).

Psychasthénie : même chose sur le plan psychique : absence de forces psychiques, déficience mentale sentie subjectivement.

- DANS LA PSYCHASTHÉNIE : Il y a chez les psychasthéniques, hypercontraction du Frontal, accompagnée d'une atonicité à peu près totale des muscles de l'étage affectif, avec un ou plusieurs muscles de Rétraction frontale (Eloignement - mouvement).

- DANS LA NÉVROSE : Il y a toujours des signes de Rétraction frontale et de Rétraction de base (quelquefois, de Rétraction latérale), c'est-à-dire des muscles d'Activité-mouvement, d'Eloignement-mouvement, et d'Inactivité, et d'Eloignement-sentiment mais certains muscles de la Rétraction frontale étant hyperrétractés (mais non tous), avec un ou plusieurs muscles également hyperrétractés de la catégorie de la Rétraction de base. Mais il reste en partie du frontal, ce qui permet l'adaptation (élément de dilatation). Il y a surtout des associations constantes d'antagonistes, tels que Incisifs-Orbiculaire des lèvres, etc...

- DANS LA PSYCHOSE : Le sujet malade présente à la fois

des éléments de rétraction et des éléments d'expansion, mais ceux-ci sont violemment heurtés par les premiers en des associations non équilibrées, au lieu d'être compensatrices. Par ex. : on trouvera : frontal, sourcilier, orbiculaire, triangulaire. La Rétraction frontale est toujours faible, alors qu'elle est forte dans la névrose.

Hystérie : état pathologique comportant :

- crises convulsives,
- mouvements choréiques (pithiatisme) pouvant être reproduits par auto-suggestion,
- et d'autres sortes de troubles portant sur la psychologie et non susceptibles de reproduction spontanée par auto-suggestion (comme le premier groupe).

Rappelons encore l'hystérie épileptiforme.

Ces états se trouvent chez les Dilatés, en général.

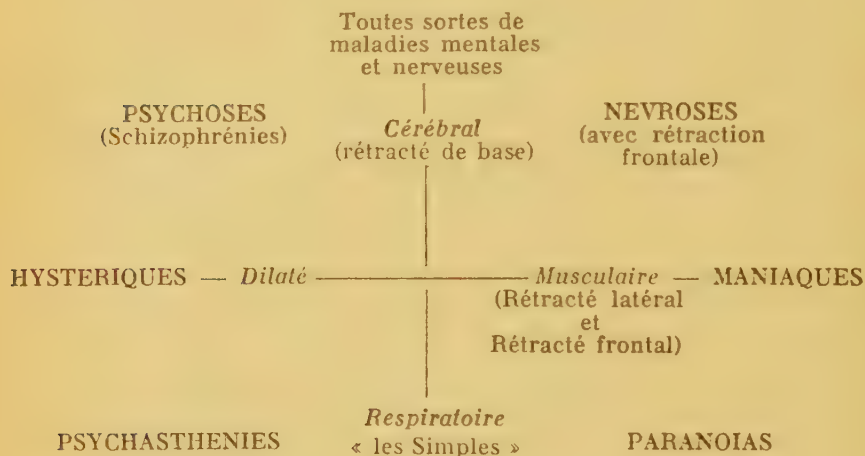
Paranoïa : terme déjà employé par Hippocrate et qui désigne des troubles pathologiques qui déterminent :

- un état de délirants : délire systématique, délire des persécutés persécutants...
- ou la monomanie d'Esquirol (1838). Se trouve plutôt chez des sujets ayant conservé des éléments de dilatation avec rétraction frontale : Respiratoires, en général.

Manie : maladie mentale, aiguë ou chronique :

- aiguë : psychose à type de surexcitation psychique ;
- chronique : il s'y ajoute des phénomènes ayant tendance à aboutir au délire systématique, ce qui rejoint le groupe des paranoïas. Ainsi, s'explique leur place parmi les types à tendances Musculaires non loin des Respiratoires. (Agressivité et instincts sexuels sans frein).

Ces définitions données, il nous a semblé que l'on pouvait résumer dans le schéma suivant une ébauche tenant compte à la fois de la prosopologie et des éléments psychiâtriques simples définis (ceci n'a pas l'intention d'être complet, et élimine volontairement déjà tout état pathologique à base de lésion organique) :



Ainsi, on trouve les Psychoses et les Névroses de chaque côté du Cérébral-Rétracté de base, les Psychasthéniques étant entre le Dilaté et le Respiratoire, et les Paranoïas entre le Musculaire et le Respiratoire ; cependant, que les Maniaques sont dans le territoire Musculaire et les Hystériques dans le territoire Dilaté. — Ces travaux seront poussés plus avant ultérieurement.

Ainsi, la méthode, telle que nous l'avons exposée pourra apporter aide en vue d'une orientation, et permettra une attention plus suivie, pour attacher toute leur importance à d'autres signes capitaux, qui seraient peut-être autrement ignorés pendant un long temps encore.

3) *Au point de vue thérapeutique :*

Etant donné ce que nous venons d'exposer, il sera possible, *dans certains cas*, de retarder l'éclosion du « trouble mental », ou celui-ci étant, il sera possible de le corriger par des contractions appropriées ; c'est tout l'objet de la Myo-psychothérapie, méthode employée depuis longtemps sur d'autres parties du corps.

Mais, au visage, elle prend une valeur particulière. En effet, les contractions des muscles que nous avons étudiés peuvent être :

- permanentes : et expriment alors des tendances profondes, voire inconscientes (subjectives) — c'est ce qu'on voit sur le visage à l'état de repos.
- non permanentes, passagères : elles sont alors :
 - volontaires (mimiques) (1) : elles expriment des tendances conscientes (volitives) ;
 - ou :
 - involontaires : elles expriment des tendances subconscientes, c'est-à-dire préconscientes, qui peuvent devenir conscientes, qui sont près de devenir conscientes.

Ce dernier groupe comprend toutes les expressions spontanées mobiles, pas toujours conscientes, mais capables de le devenir.

Les contractions impossibles (volontairement ou surtout involontairement) correspondent à des sentiments inconnus de l'individu étudié, c'est-à-dire qui ne font pas partie de son Moi.

La notion d'équilibre est la concordance qui existe entre les contractions spontanées, c'est-à-dire involontaires et permanentes, avec les contractions volontaires ;

(1) La mimique volontaire est une relation consciente entre le mental et sa traduction, c'est-à-dire entre le signifiant et le signifié.

C'est-à-dire que ceux chez lesquels les contractions spontanées volontaires (ou du moins volontaires primitivement et restées passagères) ne concordent pas avec les contractions permanentes, sont en désaccord avec eux-mêmes.

*
**

De tout cela, on voit les déductions possibles et leur utilité.

Rappelons de plus ce corollaire des principes d'Ermiene : *quand on contacte un muscle, on sent très nettement s'éveiller en soi le sentiment correspondant.*

Exemple : la contraction du frontal (chez ceux qui ne le contractent jamais, et qui peuvent avoir d'ailleurs de nombreux autres muscles contractés) produit une sensation de détente, de repos, que beaucoup reconnaissent spontanément, car on se laisse alors impressionner, comme une plaque photographique, passivement.

Mais pour comprendre toutes les ressources de la Myopsychothérapie faciale, il convient de se pénétrer du tableau suivant qui donne les antagonistes anatomiques et psychologiques de chaque muscle.

Par un jeu patient de gymnastique faciale et convenablement guidé, on pourra donc avoir prise sur les sentiments et les tendances, profondes ou non, puisque la contraction d'un muscle peut éveiller en soi le sentiment correspondant à sa valeur expressive.

**TABEAU DES VALEURS PSYCHOLOGIQUES
ET DES ANTAGONISTES ANATOMIQUES
ET PSYCHOLOGIQUES**

MUSCLES	VALEUR PSYCHOLOGIQUE	ANTAGONISTES	
		ANATOMIQUES	PSYCHOLOGIQUES
Frontal	Se laisser impressionner comme une plaque photograph.	Pyramidal	Sourcilier
Frontal externe	Etonnement	Orbitaire	
Sourcilier	Réagir		Frontal
Sourcilier vertical	Entêtement	Frontal	Frontal
Pyramidal	Se contracte, en réalité avec le releveur superficiel		
Releveur superficiel	Déplaisir	Myrtiforme (1)	Grand Zygomatique et Buccinateur
Releveur profond	Ecarter	Incisif	Incisif
Transverse	Crispation nerveuse		
Dilatateur des narines	Appel à soi	Myrtiforme (physiologiquement)	Orbiculaire interne
Myrtiforme	Dire : non	Releveur superficiel	Incisif
Petit Zygomatique	Souffrance	Incisif	Grand Zygomatique Buccinateur
Grand Zygomatique	Plaisir vrai	Incisif	Petit Zygomatique
Buccinateur	Satisfaction	Incisif	Releveur superficiel Petit Zygomatique
Canin	Sentiment de soi (égocentrisme)	Incisif	Incisif
Triangulaire	Pessimisme	Grand Zygomatique Buccinateur	Grand Zygomatique Buccinateur
Incisifs	Allocentrisme (sentiment d'autrui)	Orbiculaire interne	Orbiculaire interne
Muscle de LUSCHKA	Intériorité (plus qu'intimité)		
Orbiculaire interne des lèvres	Se fermer	Incisif	Incisif
Risorius	Agir	Incisif	
Carré	Continuité, fermeté	Houppes	Houppes
Houppes	Indécision	Carré	Carré
Peaucier	Etre en difficulté	Orbiculaire interne Incisif	

(1) Bien que synergique physiologiquement.

**TABLEAU DES VALEURS PSYCHOLOGIQUES
ET DES ANTAGONISTES ANATOMIQUES
ET PSYCHOLOGIQUES**

(suite)

MUSCLES	VALEUR PSYCHOLOGIQUE	ANTAGONISTES	
		ANATOMIQUES	PSYCHOLOGIQUES
Releveur de la paupière supérieure	être attentif	les Tarsaux	les Tarsaux
Muscle de Horner	émotion non contenue		Auriculaire post.
Orbitaire	être soucieux	Frontal externe	Grand Zygomatique Buccinateur
Prétarsal	potentiel plus		Préseptal
Préseptal	» moins		Prétarsal
Tarsal iris en bas	se cacher	Tarsal iris en haut	Releveur de la paupière supérieure
Tarsal iris en haut	rentrer en soi-même	Tarsal iris en bas	Releveur de la paupière supérieure
Iris en Plan supérieur	l'avenir (l'idéal)	Plan inférieur Plan horizontal	Plan inférieur
Iris en Plan inférieur	le passé (méditation)	Plan supérieur Plan horizontal	Plan supérieur
Iris en Plan horizontal	le présent (matérialisme)	Plan inférieur Plan supérieur	Plan supérieur Plan inférieur
Clinement	examiner	les Tarsaux	les Tarsaux
Cillement	s'adapter	les Tarsaux	Releveur Profond
Auriculaire postérieur	émotion intense		M. de Horner
Masséter-Temporal	lutte énergique		Houppé
Ptérygoïdiens interne et externe	(comme le précédent) Idiotisme (prognatisme)		
	(Masséter, Temporal et Ptérygoïdiens donnent une impression de brutalité bestiale).		
Muscles du Cou : Sterno-cléido-mastoïdien	refus	antagonistes l'un par l'autre le droite pour le g. le g. pour le dr.	Muscles abaisseurs de la tête
Muscles postérieurs du cou	égo-centrisme orgueil	Muscles antérieurs	Muscles abaisseurs de la tête
Muscles antérieurs du cou, etc...	négativisme, résignation	Muscles postérieurs	Muscles éleveurs de la tête.

CHAPITRE VI

LA MYOPSYCHOTHÉRAPIE FACIALE

1) *Les grandes lois de l'application de la prosopologie à la myopsychothérapie faciale :*

Nous avons vu que la contraction d'un muscle éveille le sentiment correspondant de sa valeur expressive.

Celui qui ne contracte pas habituellement un muscle donné, et qui donc, n'a pas ce sentiment correspondant dans son moi, pourra par la contraction appropriée connaître ce sentiment.

Inversement, celui dont le Moi comprend un sentiment néfaste, déséquilibrant pour sa personnalité, pourra arriver avec de la patience à détendre une partie de son visage pour perdre ce sentiment regrettable dont la valeur expressive était trop marquée.

De ce grand principe, et des considérations précédentes, il va donc découler cinq grandes lois :

— Les êtres humains manifestent spontanément les sentiments dont ils manœuvrent habituellement les muscles correspondants.

Soit encore : leur moi connaît les sentiments correspondant aux muscles qu'ils manœuvrent habituellement, ou encore : leurs habitudes psychiques correspondent aux muscles habituellement mis en œuvre sur leur visage. (Habitudes physiologiques, en quelque sorte).

— Les êtres humains mobilisent spontanément les muscles correspondant à leurs sentiments coutumiers, c'est-à-dire que leurs habitudes physiologiques (musculaires) correspondent à leurs sentiments (habitudes psychiques) ; c'est dire encore que leur visage — pour qui sait lire — contient tout leur moi. C'est la proposition renversée de la précédente.

— Les êtres humains sont *capables* de connaître les

sentiments correspondants aux muscles qu'ils sont *capables* de contracter volontairement; c'est dire que les contractions volontaires des muscles suscitent en eux des sentiments qui peuvent devenir conscients, les contractions involontaires mais passagères étant du domaine du pré-conscient.

— Les êtres humains ne connaissent pas *habituellement* les sentiments correspondants aux muscles dont ils ne peuvent *involontairement ou volontairement* reproduire les contractions sur eux-mêmes.

— Enfin, les êtres humains possèdent inconsciemment les sentiments qui correspondent aux muscles involontairement mobilisés (contractions permanentes).

On voit ainsi toutes les ressources qu'apporte la méthode.

2) *Indications majeures de l'utilisation de la méthode :*

Il s'en suit donc que la plus grande utilité de cette méthode seront les essais de traitement des névroses, des psychoses, et des psychasthénies, véritables déchets de la médecine jusqu'à nos jours. Depuis longtemps, nous avons été frappés par le fait que les psychasthéniques se présentaient toujours dans un état statique quant aux muscles de leur étage effectif. Cette observation fut le début de nos recherches.

Et malgré le peu de recul dont nous disposons encore, nous pouvons dire que nous avons obtenu des résultats utiles et encourageants, tant à l'hôpital qu'au dehors. Cette remarque ne correspond qu'au côté apparemment nouveau de l'utilisation d'une méthode de valeur à la fois diagnostique et thérapeutique qui garde toutes ses applications primitives (étude de caractère, orientation professionnelle, aide à la pédagogie, etc...), mais qui se trouve prendre une valeur nouvelle, que l'on pourrait résumer en ces mots : elle devient une méthode capable d'assurer une *prévention affective*, un *développement de la personnalité*, et un *meilleur équilibre du moi*. C'est tout le domaine de l'hygiène mentale.

3) *Moyens et limites de la méthode :*

Comment obtenir ces contractions ou décontractions car nous n'avons pas l'habitude de prendre conscience de chacun de nos petits muscles peauciers du visage, comme nous prenons conscience de notre biceps ?

Il faut d'abord essayer la mobilisation spontanée et volontaire : « la grimace » simple et appropriée correspondant au muscle envisagé et à la tendance recherchée, l'important étant de veiller à la non-mobilisation des synergiques plus ou moins réels ou des antagonistes psychologiques. Cela demande donc une surveillance autorisée et fréquente. (Voir les tableaux pages 89-90).

Mais les choses ne vont pas toujours simplement.

— Le premier obstacle que l'on rencontre, c'est le « *refus du remède* » ; le malade refuse d'absorber le sirop ou la pilule, il ne veut pas du révulsif ; ici, il refuse de faire la « grimace » ; et cela est encore fréquent chez les névrosés qui sont en particulier en état constant de refus (souvent inconsciemment).

Suivant les cas (myrtiforme, releveur profond...), il y aura donc des muscles à faire manœuvrer en tout premier, soit en contraction, soit en décontraction, pour « libérer » l'individu, tels le frontal, l'orbiculaire interne, etc...

— Le deuxième obstacle que l'on rencontre habituellement, c'est *l'âge du malade*. En effet, nos muscles ne gardent leur souplesse que pendant une certaine partie de notre vie. Passé un certain âge, ou bien ils sont en état de contraction constante, ou bien, ils ne peuvent plus se contracter en dehors des « habitudes » connues.

Cet âge se fixe en général aux environs de 45 ans, âge auquel, selon Lincoln, « tout le monde est responsable de son visage ».

Après cette limite, on ne peut rien faire, ou presque, sauf chez certaines femmes qui ont gardé plus de souplesse (ici, il y aurait toute une étude à faire sur le rôle bienfaisant

ou néfaste, dans cette question, des produits de beauté, dont n'usent pas les hommes).

— Il y a encore une autre limite de la méthode, évidente, mais qu'il faut souligner, c'est ce que l'on pourrait appeler *l'erreur de base*.

Le résultat n'est pas ce qu'on attendait, parce que « la grimace », en réalité, est due à la contraction par exemple du Petit Zygomatique au lieu du Grand Zygomatique, ou bien que l'on n'a pas pris soin d'éviter la contraction occasionnelle (chez cet individu), et qui a joué le rôle de compensateur, d'un antagoniste psychologique.

— Enfin, un dernier obstacle très grave, c'est *l'organité*, c'est-à-dire l'impossibilité physique de contracter tel muscle

- soit par innervation défectueuse (c'est-à-dire les connexions vers le système central se faisant mal) ;
- soit par atrophie, ce qui est encore fréquent sur le nombre des muscles peauciers du visage, phénomène qui varie avec les races (ce qui peut aider d'ailleurs à comprendre leurs différences de caractères).

Que ferons-nous pour lever ces obstacles, du moins ceux qui paraissent offrir une possibilité de solution ?

— PREMIER MOYEN pour obtenir la contraction du muscle considéré : Faire mettre un doigt sur la projection de l'aire du muscle, en lui imprimant en une seule fois, un vif mouvement dans le sens inverse de la contraction de ce muscle, et essayer alors par la contraction volontaire du muscle de mobiliser ce doigt, c'est-à-dire de le ramener dans une position moins tendue. (Ermiane dixit)

Exemple avec le Carré : mettre l'index sur le bas du menton, sur le trajet du corps du muscle, en lui imprimant un brusque mouvement vers la bouche, et essayer de faire descendre ce doigt uniquement en contractant le muscle en

question, la partie médiane du menton, sans qu'interviennent les muscles de la main, du poignet ou du bras.

— DEUXIÈME MOYEN : Chercher à obtenir la contraction des muscles considérés en se mettant intensément dans le sentiment de la valeur expressive du muscle (sorte d'auto-suggestion, à base anatomo-physiologique).

— TROISIÈME MOYEN : L'excitation électrique au moyen des petits électrodes, telle que Duchenne de Boulogne l'avait employée.

Ainsi, le malade prendra plus facilement conscience de la contraction qu'on lui demande, et en en prenant connaissance par lui-même, il arrivera à la reproduire spontanément par sa propre volonté.

— Ou encore un produit invisible (à base de collodion...) étendu sur le trajet du muscle fera prendre conscience de sa contraction involontaire, et trop fréquente...

*
**

Comme on le voit, ce dernier chapitre est l'exposé d'une technique qui demande un peu d'habitude pour éviter les erreurs ou les fausses manœuvres : c'est-à-dire les mobilisations involontaires, inconscientes ou faussement synergiques des muscles, soit antagonistes anatomiques, soit antagonistes psychologiques. (Tableaux des pages 89-90).

Ainsi, le fait de contracter un muscle fait apparaître en nous un certain état d'âme. Exemple : en faisant contracter le Sourcilier, on fait apparaître un état de « réaction ».

Mais si l'on veut lutter contre un état d'âme, on peut compléter l'action de l'antagoniste psychologique par celle de l'antagoniste anatomique.

que nous pouvons leur apporter. C'est dire qu'il n'y a là aucun empiètement sur le domaine réel des psychiâtres.

La méthode peut également rendre les services les plus grands dans les problèmes de *réadaptation affective*. C'est une méthode, parmi d'autres, pour tenter de redonner un peu de bonheur à ces déshérités.

Surtout, la méthode décrite reste le **moyen de choix** — le concours indispensable — à toute l'élaboration de cette partie nouvelle de la psychologie appliquée et pratique qu'on appelle l'*Hygiène Mentale*.

Enfin, il convient de terminer cette étude sur une note encore plus philosophique : c'est que notre exposé pose le problème — en dehors de toute idée religieuse — de la responsabilité, de la responsabilité collective, mais surtout de la responsabilité individuelle, bien qu'il convienne de noter que ces faits laissent intacte la notion de la Liberté.

Vu le Doyen

Léon BINET

Président de Thèse

Monsieur le Professeur MOREAU

Vu et permis d'imprimer :

Monsieur le Recteur
de l'Académie de Paris :
Jean SARRAIL.

Exemple : Le Petit Zygomatique, contre la contraction duquel on peut lutter, soit par la contraction du Grand Zygomatique et du Buccinateur (antagonisme psychologique sans antagonisme anatomique), soit par la contraction de l'Incisif (antagonisme anatomique sans antagonisme psychologique).

Dans d'autres cas, (exemple : le Sourcilier et le Frontal) les deux muscles sont l'un vis-à-vis de l'autre antagonistes à la fois anatomique et psychologique :

Le Sourcilier tire la peau du front en bas, le Frontal en haut, et le Sourcilier par sa réaction efface une passivité trop grande (Frontal), alors que le Frontal, par sa réceptivité au monde extérieur, diminue une réaction trop habituelle au sujet (Sourcilier).

CONCLUSION

Au cours de cette étude nous avons voulu partir à la fois de bases scientifiques très précises, et des travaux de nos maîtres, dont les résultats étaient le fruit de longues expériences.

Aucun système ne peut avoir en lui la perfection, mais la superposition des systèmes permet une perfectibilité des méthodes. C'est ce que nous avons proposé.

Après ceux dont la patience a permis et des conclusions nouvelles pour leur temps, et cet aboutissement de nos travaux, à nous-mêmes l'expérience a montré que l'on pouvait appliquer ces principes aux êtres humains pour les faire bénéficier d'un meilleur équilibre, et même parfois d'une libération qu'aucune médication n'avait pu jusqu'ici, leur donner, et que les psychothérapies nouvelles étaient inconstantes à assurer.

Nous ne pouvons pas dire que cette méthode délicate, mais nouvelle, n'a pas d'échecs. Il y en a. Nous en avons même donné les raisons principales. Mais nous voulons dire qu'elle a son champ d'élection dans les psychoses, les névroses et les psychasthénies, si l'on prend soin de ne pas se laisser abuser par la présence d'une maladie organique sous-jacente (tumeur, parkinson, etc...), et de se prémunir de cet écueil par quelques examens médicaux élémentaires préliminaires (tel un fond d'œil). Car en pareil cas, l'efficacité de la méthode est évidemment réduite à néant.

Le principal champ dans lequel elle peut s'exercer avec bénéfice, c'est l'immense masse de ce que l'on a appelé « les petits mentaux » qui peuplent nos villes. Ce sont des êtres qui gardent une vie sociale souvent possible, mais qui ont besoin de réadaptation ou d'équilibre. C'est ce

BIBLIOGRAPHIE

- POIRIER : *Traité d'Anatomie : Myologie* — Tome II, 1^{er} fascicule — Masson, Paris, 1901.
- ROUVIERE : *Précis d'Anatomie.*
- : *Anatomie philosophique* — Masson 1941.
- : *Vie et finalité* — Masson 1944.
- GALIEN : *Œuvres Anatomiques, physiologiques et médicales* — Baillière, 1854.
- L. CORMAN : *Quinze Leçons de Morphopsychologie.*
- : *Initiation à la Morphopsychologie.*
- : *Manuel de Morphopsychologie.* 1948.
- : *Le diagnostic du tempérament par la Morphologie.* 1950.
- : *La Morphopsychologie dans le diagnostic des aptitudes.*
- R. ERMIANE : *Jeux musculaires et expressions du visage* — Le François, 1949.
- M. DUGAST - ROUILLE : *Cahiers d'Homéopathie et de thérapeutiques* — Année 1948 — 4^e fascicule.
- : *Gazette médicale de France*, 1^{re} août 1948.
- SHELDON : *The varieties of temperament* (1)
- : *The varieties of Human physique* (1)
- Ernst HUBERT : *Evolution of facial Musculature and facial expression.* Baltimore, 1931.
- N. PENDE : *La schienza moderna della persona humana.*
- Dr Léo HERLAND : *Gesicht und Charakter - Saturnverlag - Wien.* 1938.
- Cl. SIGAUD : *La forme humaine. Sa signification.* Maloine, Paris, 1914.
- Dr. ENCAUSSE (Papus) : *Premiers éléments de morphologie humaine.*
- Max de CRINIS : *Der menschliche Gesichtsausdruck und seine diagnostische Bedeutung* — Thieme éd. Leipzig, 1942.
- KRETSCHMER : *La structure du corps et le caractère* (Payot).
- PIDERIT : *Wissenschaftliches System der Mimik und Physiognomik*, 1867.

(1) Ouvrages récemment traduits en français, aux Presses Universitaires.

- LAVATER : *La Physiognomonie.*
LEDOS : *Traité de Physionomie.*
Dr A. THOORIS : *La vie par le stade.*
Dr Léon VANNIER : *La Typologie, 1949.*
Dr Pierre VANNIER : *Rôle du type dans l'individualisation pathologique et indication thérapeutique - Cahiers d'Homéopathie, 1938.*
FOUGERAT : *Visage, miroir de l'âme, 1943.*
— : *Le Dictionnaire des visages.*
R.P. M. VERDUN : *Le Caractère et ses corrélations - Ed. Baillière, 1950.*
Dr CARREL : *L'Homme cet inconnu.*
Dr Victor FRANKL : *Aerztliche Seelsorge.*
Der Unbewusste Goot.
Der Unbedingste Mensch.
Homo Patiens. 1950. Franz Deuticke Verlag Wien.

Et de nombreux autres ouvrages et publications de moindre importance.

*Nous exprimons nos vifs remerciements
au Docteur ERMIANE
qui a bien voulu nous confier
certains de ses dessins et
nous permettre de les reproduire.*

ANGENIS
IMPRIMERIE H. AVIS
12-14, rue A.-Briand, 12-14

Dépôt Légal, 1^{er} Trimestre 1952 — N° d'Édition : 370